سلسلة التوحد

المقاييس التشخيصية والتنموية لدى الأطفال التوحديين

الدكتور
صابر مصطفى إبراهيم محمد
الدكتور
إبراهيم جابر السيد أحمد

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دار الجديد للنشر والتوزيع

٦١٦.٨٥٨٨٣ أحمد ، إبراهيم جابر السيد .
أ . إ

المقاييس التشخيصية والتنموية لدى الأطفال التوحديين / إبراهيم جابر السيد أحمد ، صابر مصطفى إبراهيم محمد .- ط١.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع ، دار الجديد للنشر والتوزيع.

١٧٦ ص ؛ ١٧.٥ × ٢٤.٥سم . (سلسلة التوحد)

تدمك : ٩ - ٥٩١ – ٣٠٨ – ٩٧٧ – ٩٧٨

١. محمد ، صابر مصطفى إبراهيم (مؤلف مشارك) .
أ - العنوان .

رقم الإيداع : ١١٣٣٠ .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز
هاتف- فاكس : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ محمول : ٠٠٢٠١٢٧٧٥٥٤٧٢٥-٠٠٢٠١٢٨٥٩٣٢٥٥٣
E-mail: elelm_aleman٢٠١٦@hotmail.com & elelm_aleman@yahoo.com

النـــاشـــر : دار الجــديد للنشـــر والتـــوزيع
تجزءة عزوز عبد الله رقم ٧١ زرالدة الجزائر
هاتف : ٢٤٣٠٨٢٧٨ (٠) ٠٠٢٠١٣
محمول ٦٦١٦٢٣٧٩٧ (٠) ٠٠٢٠١٣ & ٧٧٢١٣٦٣٧٧ (٠) ٠٠٢٠١٣
E-mail: dar eldiadid@hotmail.com

محتوى الفـــهرس

المقدمة

إن كلمة التوحد الإنجليزية (Autism) مشتقة من الكلمة ذات الأصل الإغريقي (Autse)، والتي تعني النفس أو الذات وكان أول من أطلق هذا المصطلح على اضطراب التوحد هو الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر (Leokanner) عام (١٩٤٣)، كما استخدمت تسميات متعددة للإشارة لهذا الاضطراب مثل: توحد الطفولة المبكر وذهان الطفولة وفصام الطفولة. وقد وصف كانر (Kanner) التوحد من خلال أبحاثه بأنه يشمل العديد من السلوكات غير العادية والتي تتضمن الفشل في استعمال الكلام كوسيلة اتصال، وعدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية ورغبة مفرطة في المحافظة على الروتين ومقاومة أي تغيير في البيئة المحيطة ومظهر جسمي طبيعي وقدرات إدراكية جيدة وقصور واضح في بعض الجوانب المعرفية ووجود قدرات خاصة في بعض المجالات النمائية. إن خصائص التوحد التي وصفها كانر لأول مرة قبل ما يزيد على نصف قرن خضعت للتنقيح والصقل والتوسيع في السنوات الأخيرة ورغم ذلك لازالت تعريفات ومفاهيم التوحد إلى يومنا هذا تعكس الكثير من ملاحظات كانر الأصلية التي وردت في دراسته الأولى لهذا الاضطراب.وقد كانت دراسة ليو كانر في التوحد مزامنة مع دراسة أخرى قام بها الطبيب النمساوي هانر أسبيرجر على مجموعة من الأطفال الذين كانوا يعانون من اضطراب نمائي مزمن وملحوظ من الجانب الاجتماعي حيث قام بوصفه وذكر خصائصه والذي أصبح يعرف مؤخراً باضطراب أسبيرجر.

الفصل الأول
ما هو التوحـــد ؟

التوحـــد: هو إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل . ما هو التوحد؟ وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة ١ من بين٥٠٠ شخص. وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ٤:١، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد.

ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل. communication skills حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية. حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي. حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية، كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير. وفي بعض الحالات، قدي ظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير، أو تجاه الذات.

أشكال التوحد :

عادة ما يتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الشخص، ولذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر، فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل، بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر، رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد. كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر.

هذا ويستخدم المتخصصون مرجعاً يسمى بالـ DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual الذي يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين، للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد.**وفي هذا المرجع يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد الاضطرابات المتعلقة بالتوحد تحت العناوين التالي:**
التالي:

اضطرابات النمو الدائمة(Pervasive Developmental Disorder (PDD ، التوحدautism ، اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر PDD-NOS (not otherwise specified)، متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome ، ومتلازمة رتRett's syndrome ، واضطراب الطفولة التراجعي Childhood Disintegrative Disorder.

ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحياناً من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض، وليس كل، علامات التوحد. فمثلاً يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد" حينما يظهر عدداً معينا من أعراض التوحد المذكورة فيDSM-IV، بينما يتم مثلاً تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر PDD-NOS حينما يظهر الشخص أعراضاً يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد"، على الرغم من الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد. بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازم تيأسبرجر ورت أعراضاً تختلف بشكل أوضح عن أعراض التوحد. لكن ذلك لا يعني وجود إجماعبين الاختصاصيين حول هذه المسميات، حيث يفضل البعض استخدام بعض المسميات بطريقة تختلف عن الآخر.

أسباب التوحد:

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بيضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية. كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI وPET وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى "خلايا بيركنجي.Purkinje cells ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيس لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب .

ولكن من المؤكد أن هناك الكثير من النظريات التي أثبتت البحوث العلمية أنها ليست هي سبب التوحد، كقول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في الستينيات أن التوحد سببه سوء معاملة الوالدين للطفل، وخاصة الأم، حيث إن ذلك عار عن الصحة تماماً وليست له علاقة بالتوحد. كما أن التوحد ليساً مرضاً عقلياً، وليست هناك عوامل مادية في البيئة المحيطة بالطفل يمكن أن تكون هي التي تؤدي إلى إصابته بالتوحد.

طرق العلاج المتوفرة للمصابين بالتوحد:

فيما يلي نبذة عن بعض طرق العلاج المتوفرة للأشخاص المصابين بالتوحد، علماً بأنه يجب التأكيد على أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد،كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد .

طرق العلاج القائمة على أسس علمية:

وهي تشمل طرق العلاج التي قام بابتكارها علماء متخصصون في العلوم المتعلقة بالتوحد(كعلم النفس، والطب النفسي، وأمراض اللغة، والتعليم) وقد أتت طرق العلاج هذه بعد جهود طويلة في البحث العلمي، ولذا فإنها تملك بعض المصداقية، على الرغم من الانتقادات التي وجهت لكل من هذه الطرق. حيث لا توجد حتى الآن طريقة واحدة خالية من العيوب أو صالحة لعلاج نسبة كبيرة من الأطفال المصابين بالتوحد. بالإضافة إلى عدم وجود دراسات علمية دقيقة وأمينة ومحايدة تثبت، دون شك، نجاح طرق العلاج هذه. على الرغم من وجود دراسات قليلة العدد، معظمها من قبل مبتكري هذه الطرق، تثبت نجاح وفاعلية طرق العلاج أو التدخل الخاصة بهم. وأود التنبيه إلى أن هناك ثغرات واضحة وكبيرة في كل من هذه الطرق، على الرغم من أنها مبنية عامة على جهود كبيرة في البحث، ولذا فإن هناك كثيراً من النقد موجه لهذه الطرق "العلمية"،ولكنها رغم ذلك فإنها تعتبر محاولات جيدة للوصول إلى طريقة ناجعة لعلاج أو تأهيل الأشخاص التوحديين، **ومنها**:

- طريقة لرفاس – العلاج السلوكي.
- طريقة تيتش.
- برنامج فاستفورورد.

طرق العلاج غير القائمة على أسس علمية واضحة:

- التدريب على التكامل السمعي
- التواصل الميسر
- العلاج بالتكامل الحسي

طريقة لوفاس: Lovaas تسمى كذلك بالعلاج السلوكيBehaviour Therapy ، أو علاج التحليل السلوكي .Behaviour Analysis Therapyونعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه

يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك عبارة عن استجابة لمؤثر ما. ومبتكر هذه الطريقة هو Ivor Lovaas، أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس (كاليفورنياUCLA (،حيث يدير الآن مركزاً متخصصاً لدراسة وعلاج التوحد. والعلاج السلوكي قائم على نظرية السلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس. حيث يتم مكافئة الطفل على كل سلوك جيد،أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ، كما يتم عقابه (كقول قف، أو عدم إعطائه شيئاً يحبه) على كل سلوك سيئ . وطريقة لوفاس هذه تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن ٤٠ ساعة في الأسبوع، ولمدة غير محددة. وفي التجارب التي قام بها لوفاس وزملاؤه كان سن الأطفال صغيراً، وقد تم انتقاؤهم بطريقة معينة وغير عشوائية، وقد كانت النتائج إيجابية، حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين . هذا وتقوم العديد من المراكز بإتباع أجزاء من هذه الطريقة. وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، خاصة مع هذا العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج. كما أن كثيراً من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية .

طريقة تيتش:TEACCH

الاسم هو اختصار لـ Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له). ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بوساطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينيا يسمى ب–Division TEACCH ، ويديره الأساتذة Eric Schopler و Gary Mesibov ، وهما من كبار الباحثين في مجال التوحد. وتمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع

جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل عن طريق مراكز تيتش المنتشرة في الولاية، كما أنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل. حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ٥-٧ أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل .

فاست فورورد: Fast forward

هو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب (الكمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد. وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة بولا طلال Paula Tallal على مدى ٣٠ سنة تقريباً، حتى قامت بتصميم هذا البرنامج سنة ١٩٩٦ ونشر نتائج بحوثها في مجلة "العلم"Science، إحدى أكبر المجلات العلمية في العالم. حيث بينت في بحثها المنشور أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج الذي قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة. وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذه اللعب. وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية. ونظراً للضجة التي عملها هذا الابتكار فقد قامت بولا طلال بتأسيس شركة بعنوان "التعليم العلمي Scientific Learning" حيث طرحت برنامجها تحت اسم Fast Forward، وقامت بتطويره وابتكار برامج أخرى مشابهة، كلها تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي. ولم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين، وإن كانت هناك روايات شفهية بأنه قد نجح في زيادة المهارات اللغوية بشكل كبير لدى بعض الأطفال .

التدريب على التكامل السمعي Auditory Integration Training (AIT):

تقوم آراء المؤيدين لهذه الطريقة بأن الأشخاص المصابين للتوحد مصابي نبحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية)، ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها. وفي البحوث التي أجريت حول التكامل أو التدريب السمعي، كانت هناك بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص مؤيدون لهذه الطريقة أو ممارسون لها، بينما لا توجد نتائج إيجابية في البحوث التي يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون، خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي. ولذلك يبقى الجدل مستمراً حول جدوى هذه الطريقة .

التواصل المُيَّسر :Facilitated Communication

وقد حظيت هذه الطريقة على اهتمام إعلامي مباشر، وتناولتها كثير من وسائل الإعلام الأمريكية، وتقوم على أساس استخدام لوحة مفاتيح ثم يقوم الطفل باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه وشعوره بمساعدة شخص آخر، وقد أثبتت معظم التجارب أن معظم الكلام أو المشاعر الناتجة إنما كانت صادرة من هذا الشخص الآخر، وليس من قبل الشخص التوحدي. ولذا فإنها تعتبر من الطرق المنبوذة، على الرغم من وجود مؤسسات لنشر هذه الطريقة .

العلاج بالتكامل الحسي :Sensory Integration Therapy

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية.

ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها. ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحديين يظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين. ولكن ذلك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض الأطفال التوحديين، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل. ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر "علمية" من التدريب السمعي والتواصل الميسر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه،إلا أنني أرى أن هناك مبالغة في التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر أهمية .

العلاج بهرمون السكرتين: Secretin:

وهو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي للمساعدة في عملية هضم الطعام. وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد. هل ينصح باستخدام السكرتين: في الحقيقة ليس هناك إجابة قاطعة بنعم أو لا،لأنه في النهاية لا أحد يشعر بمعاناة آباء الأطفال التوحديين مثلما يشعرون هم بها، وهناك رأيان حول استخدام السكرتين لعلاج التوحد. هناك الرأي المبني على أساس أقوال بعض (في بعض الأحيان مئات؟) الآباء الأمريكان الذين استخدموه ووجدوا تحسناً ملحوظاً في سلوك أطفالهم، ويشجع عدد قليل من الباحثين في مجال التوحد على استخدام مثل هذا العلاج، ولعل أشهرهم هو ريملاند. وفي المقابل هناك آراء بعض العلماء الذين يشككون في فاعلية هذا الهرمون، ولعل أخر دراسة حول هذا، كانت تلك التي نشرت في مجلة نيو انجلند الطبية ١٩٩٩ (إحدى أشهر المجلات الطبية الأكاديمية في العالم) في ٩ ديسمبر والتي لم تجد أثراً ايجابياً للسكرتين، بل إن هناك بعض العلماء ممن يحذرون من استخدامه، نظراً لأنه لم يتم تجريب هذا الهرمون على الحيوانات، ويحذرون من

احتمال وجود آثار جانبية سلبية قد لا نعرف ماهيتها. وفي الحقيقة فإن الجدل ما زال مستمراً، خاصة مع وجود روايات من قبل بعض الإباء حول تحسن سلوك أطفالهم بالإضافة إلى وجود بضعة دراسات تؤيد استخدام السكرتين، لكنها لم تنشر في مجلات معروفة، مما يثير بعض الشبهات حول أسلوب البحث والمنهجية في هذه الدراسات.

والخلاصة، هو أنه من الصعب بالنسبة لي شخصياً أن أنصح باستخدام السكرتين، أو عدم استخدامه أيضاً، خاصة وأن هذا النوع من العلاج ما زال في مرحلة التجريب. ولكن يجب على الآباء أن يحذروا من التكلفة المالية لهذا العلاج، لذا يجب على آباء الأطفال التوحديين أن ينظروا إلى هاتين الناحيتين، في حالة رغبتهم في "تجريب" هذا العلاج، كما يجب أن يستشيروا بعض الأطباء المتخصصين في هذا الأمر، وأن يتأكدوا من عدم وجود أية آثار جانبية سلبية له. كما يجب أن ينظروا إلى تكلفة العلاج، خاصة إذا رغبوا في الذهاب إلى الخارج، حيث تبلغ تكلفة الحقنة الواحدة من السكرتين حوالي ٣٠٠ دولار أمريكي، وربما يحتاج الطفل إلى حقن أخرى كل ٩ أشهر، حيث قد يكون من الأجدى في بعض الحالات التركيز على البرامج التعليمية والتي تركز على تغيير سلوك الطفل إلى الأفضل... كما أنه من المهم بالنسبة للآباء أن يحذروا دائماً من تلك الحلول السحرية التي تبسط الأمور، والتي تعتمد على حالات نجاح فردية قد لا تتكرر مع كثير من الأطفال الآخرين.

إذن ما هي أفضل طريقة للعلاج؟ بسبب طبيعة التوحد، الذي تختلف أعراضه وتخف وتحد من طفل لآخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد في كل الحالات.

وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البني الثابتة والمتوقعة (مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل)، والتعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية لكل

طفل، وبرامج العلاج السلوكي، و البرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية. على أن تدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسقة، وشاملة. كما يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهما.

الفصل الثاني

C.A.R.S (مقياس التوحد عند الأطفال لكارز)

الاسم: النوع:

تاريخ الاختبار: السنة الشهر اليوم

تاريخ الميلاد: السنة الشهر اليوم

العمر الزمني : السنوات الشهور

القائم بالمقياس: معدلات درجات أقسام المقياس

الدرجـة النهائيـة: i. ii. iii. iv. v. vi. vii. viii. ix. x. xi. xii. xiii. xiv.

xv.**محصلة الدرجات :** من ١٥ الى٢٧ لا توجد فروق على الإطلاق.

من ٣٠ إلي ٣٣ متوسط التوحد.

من ٣٦ إلى ٦٠ شديد التوحد.

دي المفروض صفحة التقرير .

وتبقي الأرقام في شكل جدول من ١ إلى ٣٠ .

- ثم تكتب الدرجة اللي حصل عليها الولد من الجدول ومن تحت الجدول بتقول رأيك أيه .
- ثم إمضاء القائم بالتقييم.

بنود الاختبار كالتالي :

١- العلاقات الاجتماعية مع الناس.

٢- ليس هناك ثمة دليل يبرهن على وجود صعوبة أو اضطراب في علاقة الطفل بالآخرين. فسلوك الطفل يتلاءم مع سلوكيات ذويه المشتركين معه في نفس العمر ، وقد يخامر الطفل شعوراً بالخجل ، والارتباك أو الضيق إذا تم إخباره بما يجب عليه أن يفعل لكن هذا الشعور لا يتعدى المدى الطبيعي.

٣- اضطراب بسيط في العلاقات الاجتماعية . قد يتجنب الطفل النظر إلى عين الشخص الكبير أو يساوره القلق والاضطراب إذا فرض عليه التفاعل فرضاً، ومن ثم يغالى في شعوره بالخجل ولا يستجيب إلى الكبار بنفس درجة الاستجابة التي تصدر عن ذويه، وقد يظهر ا لتصاقاً بوالديه بعض الشيء بالمقارنة بأقرانه في نفس العمر.

٤- اضطراب متوسط في العلاقات الاجتماعية، ينتاب الطفل شعورا بالوحدة ويبدى عدم اكتراث بالكبار في بعض الأحيان. وتستلزم هذه الحالة الإصرار على القيام بمحاولات دعوبة لجذب انتباه الطفل من حين إلى آخر فالطفل لا يبادر بالتواصل إلا بقدر ضئيل لا يكاد يذكر.

٥- اضطراب شديد في العلاقات الاجتماعية. يستمر الطفل في انعزاله عن الناس وعدم اكتراثه بما يفعله الكبار، وأبدا لا يبادر باي محاولة للتواصل إلا أن المحاولات الدعوبة فقط قد تثمر في جذب انتباه الطفل بعض الشيء.

المحاكاة والتقليد:

١- المحاكاة الصحيحة : يستطيع الطفل محاكاة نطق الأصوات / الكلمات/ الحركات – التي تتلاءم ومستوى مهاراته وقدراته.

٢- اضطراب بسيط في المحاكاة والتقليد. . يحاكى الطفل السلوكيات البسيطة مثل (التصفيق، نطق الأصوات الأحادية أغلب الوقت) وقد يتم حثه من حين إلى آخر على محاكاة بعض السلوكيات أو تتأخر استجاباته بعض الشيء.

٣- اضطراب متوسط في المحاكاة والتقليد ، يحاكى الطفل بعض السلوكيات جزءاً من الوقت فقط ، ويتطلب ذلك محاولة دعوبة ومثابرة من قبل الكبار ، وغالباً ما تتأخر استجابة الطفل لمحاكاة بعض من هذه السلوكيات.

٤- اضطراب شديد في المحاكاة والتقليد. نادرا/ أبدا لا يحاكى الطفل نطق الأصوات والكلمات / الحركات حتى وان استحثه أو أثاره الكبار لذلك.

الاستجابة الانفعالية

١- استجابة انفعالية تتلاءم مع الموقف والعمر الزمني. يبدى الطفل أنواع ودرجات من الاستجابة الانفعالية المناسبة من خلال تعبيرات الوجه وحركات الجسم والسلوك

٢- اضطراب بسيط في الاستجابة الانفعالية .. من حين إلى آخر يظهر الطفل درجات وأنماط من الاستجابات الانفعالية غير الملائمة للمواقف والأحداث المحيطة.

٣- اضطراب متوسط في الاستجابة الانفعالية ، يظهر الطفل بواعث للأنماط والسلوكيات الانفعالية غير المناسبة وقد تتأرجح هذه السلوكيات بين الهدوء الساكن والانفعال الزائد الذي لا يتناسب والموقف . فقد يلوى قسمات وجهه تألما أو فرحاً أو ينتابه شعوراً بالقسوة رغم عدم وجود أي دافع انفعالي متمثل في أحداث أو مسببات لتل هذه السلوكيات.

٤- اضطراب شديد في الاستجابة الانفعالية. نادرا ما تتلاءم استجابات الطفل مع الموقف ، فبمجرد أن يعترى الطفل شعوراً مزاجياً فمن الصعب تغييره رغم تنويع الأنشطة ، وعلى العكس قد يظهر الطفل مشاعر متباينة فيما بينها اشد التباين خلال وقت قصير عندما لا يطرأ أي تغير على ما حوله.

استخدام حركات الجسم:

١- استخدام حركات الجسم بصورة مناسبة للعمر . ويتحرك الطفل بنفس درجة السهولة والخفة والتناسق الذي يتسم به أي طفل طبيعي في نفس العمر.

٢- اضطراب بسيط في استخدام حركات الجسم. . قد تبدو بعض الخصائص القليلة على الطفل مثل القيام بحركات غير مناسبة ومتكررة ، التناسق الحركي الضعيف ، مع ندرة وجود اضطراب زائد في الحركات.

٣- اضطراب متوسط في استخدام حركات الجسم وقد يتضمن ذلك بعض السلوكيات الشاذة للطفل مثل اضطراب في حركات الأصابع ، وتحريك إصبع معين من اليد بصورة تكرارية ، وتحريك جزء معين من الجسم ، وتحديق النظر في الجسم بصورة عامة ، والإيذاء الجسدي كضرب الرأس في حائط أو النقر على أجزاء ، ودوران الجسد فجأة وهزه ، والسير على أطراف أصابع القدمين.

٤- اضطراب شديد في استخدام حركات الجسم. أن استمرار وشدة الأنماط الحركية السابق ذكرها لدليل قوى للبرهنة على اضطراب شديد في استخدام حركات الجسم ، وقد تستمر هذه السلوكيات بصرف النظر عن محاولات إثباتها أو إشراك الطفل في أنشطة متنوعة.

استخدام الأدوات"

١-استخدام واهتمام لـلأدوات والألعاب بصورة مناسبة للعمر .يظهر الطفل اهتماما بالألعاب والأدوات الأخرى بما يتناسب مع مستوى مهاراته ويقوم باستخدام الألعاب بطريقة مناسبة.

٢-اضطراب بسيط في الاهتمام والاستخدام للألعاب والأدوات. قد يظهر الطفل اهتمام غير مناسب بلعبة أو يلعب بها بطريقة غير مناسبة لطفل (على سبيل المثال يضرب اللعبة بعنف أو يقوم بمصها).

٣-اضطراب متوسط في الاهتمام و الاستخدام للألعاب و الأدوات. قد يقوم الطفل بنفس السلوكيات الموجودة أعلاه ولكن بدرجة كبيرة من التكرار والإصرار. قد يكون من الصعب الهاء الطفل عن القيام بتلك الأنشطة غير المناسبة.

٤-اضطراب شديد في الاهتمام و الاستخدام للألعاب و الأدوات. قد يقوم الطفل بنفس السلوكيات الموجودة أعلاه ولكن بدرجة كبيرة من التكرار والإصرار. قد يكون من الصعب الهاء الطفل عن القيام بتلك الأنشطة غير المناسبة.

التأقلم مع الغير:

١- رد فعل للتغيير مناسب للسن . يقوم الطفل بإبداء ملاحظاته على تغيير الروتين ولكنه يتقبل التغير بدون تذمر.

٢- اضطراب بسيط في التأقلم على التغيير. عندما يحاول الكبار تغيير النشاط أو المهمة يستمر الطفل بنفس النشاط الأول أو يقوم باستخدام نفس الأدوات.

٣- اضطراب متوسط في التأقلم على التغيير. يقوم الطفل بمقاومة تغيير الروتين ويحاول الاستمرار في النشاط القديم ويكون من الصعب إلهائه. يغضب الطفل ويكون غير سعيد عندما يتم تغيير نظام قائم.

٤- اضطراب شديد في التأقلم على التغيير. يظهر الطفل ردود أفعال عنيفة حيال التغيير و إذا تم فرض هذا التغيير بالقوة يدخل الطفل في نوبة غضب ويكون غير متعاون.

الاستجابات البصرية:

١- الاستجابات البصرية مناسبة للسن . السلوك البصري للطفل يكون طبيعيا ومناسبا للسن. البصر يستخدم مع الحواس الأخرى كنوع من استكشاف الأشياء الجديدة.

٢- اضطراب بسيط في الاستجابات البصرية. يلجأ الطفل من حين لأخر أن ينظر إلى الأشياء . الطفل يكون مهتم بالنظر إلى المرآة أو الضوء أكثر من النظر إلى الأفراد و من حين لأخر قد يحدق في الفضاء وقد يتجنب النظر إلي الأشخاص.

٣- اضطراب متوسط في الاستجابات البصرية. يجب تذكير الطفل باستمرار أن ينظر إلى الأشياء. قد يقوم الطفل بالتحديق في الفضاء و يتجنب النظر إلي الأشخاص ويقوم النظر إلى الأدوات من زاوية غير عادية أو يقرب الأدوات من عينيه.

٤- اضطراب شديد في الاستجابات البصرية. يقوم الطفل باستمرار بتجنب النظر إلي الأشخاص أو أشياء معينة. وقد يظهر بعض الأشكال البصرية الغريبة كما هو موضح أعلاه.

الاستجابات السمعية:

١- الاستجابات السمعية مناسبة للسن . السلوك السمعي للطفل يكون طبيعيا ومناسبا للسن. السمع يستخدم مع الحواس الأخرى.

٢- اضطراب بسيط في الاستجابات السمعية. قد يوجد بعض القصور في الاستجابة أو رد فعل غير مناسب بنسبة ضئيلة لأصوات معينة. الاستجابة للأصوات قد تأتى متأخرة بعض الشيء والأصوات قد تحتاج للتكرار لتجذب انتباه الطفل. قد يتشتت الطفل من الأصوات المفاجئة.

٣- اضطراب متوسط في الاستجابات السمعية.الاستجابات السمعية للطفل تختلف (غالبا يتجاهل الأصوات في المرات الأولى لسماعها) قد يفزع أو يسد أذنيه عند سماع الأصوات العادية.

٤- اضطراب شديد في الاستجابات السمعية. استجابات الطفل السمعية يكون مبالغ فيها بدرجة أكبر أو اقل من الطبيعي بغض النظر عن نوعية الصوت.

الاستجابة إلى حاستي الشم و التذوق:

١- الاستخدام الطبيعي والاستجابة إلى حاسة التذوق والشم واللمس. يكتشف الطفل الجديد من الأدوات بصورة تضاهى ذويه من نفس العمر، فهو بصفة عامة يستخدم حاسة اللمس والنظر والتذوق والشم حسبما يتفق والأداة المستخدمة و عندما يشعر الطفل ببعض الآلام اليومية المعتادة كالارتطام بأحد الأشياء أو التعب أو السقوط على الأرض يظهرا تعبيراً بعدم الرضا لكنه لا يفرط فيه.

٢- اضطراب بسيط في الاستجابة إلى واستخدام حاسة التذوق و الشم واللمس. قد يصر الطفل على وضع الأدوات في فمه ويتذوق أو يشم الأدوات الغير صالحة للأكل، وقد يتجاهل شعوره بالألم البسيط أو قد يفرط في إيذائه على خلاف سلوك الطفل الطبيعي الذي يكتفي فقط بالتعبير عن شعوره بعدم الرضا

٣- اضطراب متوسط في الاستجابة إلى واستخدام حاسة التذوق و الشم واللمس، قد يشغل ذهن الطفل بدرجة متوسطة بلمس وشم تذوق الأدوات والأشخاص وقد يفرط الطفل في الاستجابة أو قد تأتى استجابته دون المستوى

٤- اضطراب شديد في الاستجابة إلى واستخدام حاسة التذوق والشم واللمس. قد ينشغل ذهن الطفل مسبقاً بشم وتذوق ولمس الأدوات بهدف الاستخدام المحض للحاسة فقط لا بهدف التعرف عليها واكتشافها أو استخدامها . وقد يتجنب الطفل الشعور بالألم أو قد يفرط في الاستجابة بقوة لأي شعور ضئيل ينتابه بعدم الرضا أو عدم الاستحسان.

الشعور بالخوف أو القلق العصبي:

١- الشعور الطبيعي بالخوف أو القلق العصبي. يتلاءم سلوك الطفل مع الموقف الذي يوجد فيه ومع المرحلة التطورية العمرية التي يعيشها أقرانه من نفس العمر.

٢- ١.٥ اضطراب بسيط في الشعور الطبيعي بالخوف أو القلق العصبي. من حين إلى آخر يتملك الطفل شعوراً بالخوف أو القلق العصبي بصورة مفرطة أو متدنية بخلال سلوك الطفل الطبيعي الذي يعيش نفس المرحلة العمرية والذي يواجه نفس الموقف.

٣- ٢.٥ اضطراب متوسط في الشعور الطبيعي بالخوف أو القلق العصبي. يبدى الطفل شعوراً متزيدا أو متدنياً بالخوف أو القلق عن الشعور الطبيعي للطفل الصغير الذي يواجه نفس الموقف.

٣.٥ اضطراب شديد في الشعور الطبيعي بالخوف أو القلق العصبي. يصر الطفل على الشعور بالخوف من الأشياء والأدوات الغير ضارة حتى بعد تكرار تجربه التعامل معها، وقد يصعب إرضاء الطفل أو تهدئته. وعلى العكس قد يفشل الطفل في إظهار حذره من الأخطار التي يتجنبها الأطفال الطبيعيين الذي يعيشون نفس العمر.

التواصل اللفظي الكلامي

١- التواصل اللفظي الطبيعي يتناسب وعمر الطفل والموقف الذي يتواجد عليه

٢- اضطراب بسيط في التواصل اللفظي . يعكس حديث الطفل تأخرا عاماً في التواصل وقد يكون أغلب حديث الطفل ذو معنى ومع ذلك قد يشوب كلامه الأصداء اللفظي أو قلب الضمير ومن حين إلى آخر قد يستخدم الطفل كلمات معينة أو قد تتابع خلال نقطه بعض الكلمات غير المفهومة.

٣- اضطراب متوسط في التواصل اللفظي . قد لا يتحدث الطفل لكنه إذا تحدث فإن تواصله اللفظي يكون مزيجاً من الكلام الذي يحمل بعض المعاني مع تضمنه بعض الخصائص الغير طبيعية كنطق كلمات غير مفهومة و الأصداء اللفظي أو قلب الضمائر وقد يشتمل الكلام المفهوم للطفل على الإفراط في أساليب الطلب والانشغال المسبق ببعض الموضوعات

٤- اضطراب شديد في التواصل اللفظي. في هذه المرحلة لا يستخدم الطفل الحديث الهادف فقد يصدر صرخات حادة كصريخ الرضيع ، أو قد يصدر أصوات غريبة تشبه أصوات الحيوانات ، مع إقحام أصوات ضوضاء مركبة تشبه أصوات الكلام أو قد يظهر الطفل إصرار على الاستخدام الشاذ لبعض الكلمات أو العبارات التي يعرفها.

التواصل غير اللفظي:

١- الاستخدام الطبيعي للتواصل غير اللفظي يتناسب مع العمر والمواقف التي يتواجد بها الطفل.

٢- ١.٥ اضطراب بسيط في التواصل الغير لفظي. استخدام التواصل الغير لفظي بصورة غير صحيحة ، فقد يشير الطفل بصورة مبهمة إلى الشيء الذي يرغب فيه في المواقف التي يستطيع فيها ذويه من نفس العمر الإشارة إلى الأشياء بصورة أكثر تحديداً

٣- ٢.٥ اضطراب متوسط في التواصل الغير لفظي بصفة عامة يعجز الطفل عن التميز عن احتياجاته أو رغباته بصورة غير لفظية ولا يتمكن من فهم واستيعاب التواصل الغير لفظي الذي يستخدمه الآخرون.

٤- ٣.٥ اضطراب شديد في التواصل الغير لفظي . يستخدم الطفل فقط حركات غريبة أو حركات معينة ليس لها معنى ظاهري ، ويبدى عدم ادارك للمعاني المصاحبة لحركات أو تعبيرات الوجه

مستوى النشاط

١- مستوى النشاط الطبيعي المناسب للعمر والمواقف الاجتماعية . لا يقم الطفل بمستوى نشاط أعلى أو اقل من المعتاد على غرار الأطفال الطبيعيين في نفس العمر وفى نفس المواقف.

٢- اضطراب بسيط في مستوى النشاط قد يصبح الطفل ضجرا متململا أو قد يتسم بالخمول والكسل والحركة البطيئة في بعض الأوقات وقد يؤثر مستوى نشاط الطفل قليلا في أداء بعض الأنشطة.

٣- اضطراب متوسط في مستوى النشاط .الطفل في هذه المرحلة مفعم بالنشاط والحركة الزائدة مما يجعل من الصعب قيادته وقد تتملكه طاقة حركية لا نهائية تؤثر على قدرته على النوم ، وعلى العكس قد يتملك الطفل شعورا مغاليا بالكسل واللامبالاة وتتطلب حالته قدر كبير من الحث على الحركة.

٤- اضطراب شديد في مستوى النشاط . يظهر الطفل طاقة حركية زائدة أو متدنية وقد ينتقل من المستويات القصوى إلى المستويات الدنيا للحركة في وقت واحد.

مستوى و ثبات الاستجابة المعرفية:

١- مستوى إدراك طبيعي وثابت في جميع النواحي .على غرار ذويه من نفس العمر يتسم الطفل بمستوى ذكاء معرفي طبيعي لا يشوبه أي اضطراب أو ضعف في القدرات الإدراكية.

٢- اضطراب بسيط في الوظائف الإدراكية . على خلاف ذويه من نفس العمر لا يتسم الطفل بالذكاء الواضح وقد يصاحب مهاراته تأخرا في جميع المجالات.

٣- اضطراب متوسط في الوظائف الإدراكية . بصفة عامة لا يتصف الطفل بالذكاء الذي يتسم به غيره من نفس العمر، ومع ذلك قد يؤدى الطفل وظائفه بصورة طبيعية في مجال إدراكي واحد أو أكثر.

٤- اضطراب شديد في الوظائف الإدراكية . بينما يتصف الطفل بصفة عامة بمستوى ذكاء متدني عن المنحى الطبيعي إلا انه قد يستجيب بصورة اقل من الطفل الطبيعي لأحد المجالات أو أكثر .

انطباعات و ملاحظات عامة:

١- عدم إصابة الطفل بظاهرة التوحد . لا يظهر الطفل أية أعراض خاصة بالتوحد.

٢- مستوى بسيط من التوحد . يظهر الطفل أعراض قليلة أو مستوى بسيط من التوحد.

٣- مستوى متوسط من التوحد . يظهر الطفل عدد من أعراض التوحد أو يظهر مستوى متوسط من التوحد.

٤- مستوى شديد من التوحد . يظهر الطفل عدد كبير من أعراض التوحد أو مستوى مرتفع من ظاهرة التوحد .

٥- العلاقات الاجتماعية مع الناس
٦- المحاكاة أو التقليد
٧- الاستجابة الانفعالية
٨- استخدام حركات الجسم
٩- استخدام الأدوات
١٠- التأقلم مع التغيير
١١- الاستجابات البصرية
١٢- الاستجابات السمعية
١٣- الاستجابة إلى واستخدام حاسة التذوق / الشم واللمس
١٤- الشعور بالخوف أو القلق العصبي
١٥- التواصل اللفظي / الكلامي
١٦- التواصل غير اللفظي
١٧- مستوى النشاط
١٨- مستوى وثبات الاستجابة المعرفية[/b]

كيف يمكنني حساب توزيع درجات التوحد

أولاً: يعتبر مقياس كارز هو مقياس تقدير التوحد الطفولي ويتم تقييم الطفل في الجوانب الخمسة عشر السابقة وكل جانب يحتوي على أربع بنود كل بند درجة واحدة ويمكن أن يأخذ في البند نصف درجة .

ثانيا : حساب الدرجات : المجال يحتوي على أربع بنود كل بند درجة ويتم جمع الدرجات ومطابقتها بالمقياس وتحديد الدرجة الحاصل عليها المفحوص ومطابقتها بدليل درجات المقياس اللي محددة من ١الي ٦٠ درجة وخلي بالكم أن حصول الولد على درجة (١) في المجال هذا يعني أن سلوك الطفل يطابق الحدود الطبيعية لمستوي عمره الزمني ، وأن حصوله على الدرجة (٢) يعني الانحراف ضئيل ، وحصوله على (٣) يعني الانحراف متوسط ، والدرجة (٤) يعني الانحراف شديد.

ملحوظة :

يمكن أن يعطي الطفل درجة نصف في المجال ولكن ترجع لتقدير الاختصاصي وخبرته عند كتابة التقرير ترسم جدول مكون من ١٥ خانه التي تمثل بنود الاختبار وتكتب درجة الولد تحت تحت الرقم المماثل ليه وتشوف هو واقع في الشديد وإلا الطفيف وإلا المتوسط وإلا مش عنده أساسا وبعدها تكتب في الملاحظات اكتر المجالات اللي كان منخفض فيها واكتر المجالات اللي كان مرتفع فيه وتني بدرجتك وحكمك هو فين من التوحد يعني عند أي درجة[/b]

الفصل الثالث

تشخيص التوحدautism diagnosis-

إن التتبع الدقيق لحالة التوحد ليس بالأمر السهل خاصة وان الأفراد التوحديون ليسوا متجانسين في قدراتهم وخصائصهم وبسبب وجود أمراض وإعاقات مصاحبة لحالة التوحد،بالإضافة إلى أن التوحد يصيب الفرد في جوانبه الاجتماعية والتواصلية والذاتية مما يجعل التفاعل مع الطفل التوحدي أكثر صعوبة كذلك فقد تتشابه أعراض التوحد مع كثير من الاضطرابات النمائية الأخرى مثل الفصام واضطراب ريت واضطراب اسبرجر وغيرها.

وحيث أن التوحد يعرف سلوكيا فان وسائل الفحص والتشخيص وإجراءاتها يجب أن تشمل في الأساس الملاحظ السلوكية المباشرة والتأكد من وجود اكبر عدد من الخصائص السلوكية التي تدل على التوحد وبناءا علية انصبت الجهود من قبل الباحثين والمهتمين بالتوحد إلى تطوير أدوات القياس وملاحظة تعتمد على تلك الخصائص

ولا بد أن تنطلق آية محاولة للتعرف وتشخيص الأفراد التوحديون من جهود كانر الواردة في مقالته الأساسية عن التوحد والتي ركز فيها على عدد **من المحكات أهمها** :

١- الضعف الشديد في التواصل مع الآخرين.
٢- الإصرار على إتباع الروتين.
٣- الاهتمام بالأشياء التي مسكها باستخدام العضلات الدقيقة .
٤- ظهور نمط لغوي غير مفيد في التواصل الاجتماعي.
٥- ذاكرة جيدة وقدرة في الأداء على الجانب الأدائي في اختبارات الذكاء .

وهناك عدد من المحكات التي كانت الأساس في بناء مقاييس ملاحظة السلوك للأفراد التوحديون وحتى يتم تحديد تشخيص التوحد لدى الطفل فقد **حدد ثلاث محكات رئيسية وهي:**

المحك الأول:

أن تتوافر ستة أعراض على الأقل من المجموعات الثلاثة على أن تتكون من اثنتين من المجموعة الأولى وواحدة من المجموعة الثانية والثالثة على الأقل وهذه المجموعات هي:

المجموعة الأولى:

١- العجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل:تحديق العينين ، الإيماءات، والأوضاع الجسمية والتعبيرات الوجهية.

٢- الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مناسبة مع الأقران من العمر الزمني نفسه.

٣- فقدان الرغبة في مشاركة الآخرين في الاهتمامات وضعف الاستماع وعدم المقدرة على التحصيل .

٤- الافتقار للسلوك الاجتماعي والانفعالي المتبادل .

المجموعة الثانية:

١- تأخر في اللغة المنطوقة مع عدم مصاحبتها للتعويض من خلال وسائل التواصل الأخرى مثل الإشارات والإيماءات .

٢- الصعوبات في المناقشة أو الاستمرار في الحديث مع الآخرين في حالة وجود اللغة.

٣- النمطية والتكرار في السلوك.

٤- العجز في اللعب ويتمثل في عدم التخيل والتنوع أو الافتقار للعب الاجتماعي مع الآخرين كما هو متوقع ممن هو في عمره الزمني نفسه.

المجموعة الثالثة:

١- الانشغال بواحدة أو اكتر من مظاهر السلوك النمطي والاهتمامات غير العادية .

٢- الالتزام بطقوس روتينية معينة غير وظيفية.

٣- حركات جسمية نمطية مثل(رفرفة اليدين وحركات معقدة لكامل الجسم).

٤- الانشغال المستمر بأجزاء الموضوعات .

المحك الثاني:

التأخر أو ظهور وظيفة غير عادية قبل ثلاث سنوات في واحدة على **الأقل في المجالات التالية**:

١. التفاعل الاجتماعي.

٢. استخدام اللغة في التواصل.

٣. اللعب التقليدي أو الرمزي.

المحك الثالث:

أن لا تكون هذه الأعراض عائدة لاضطراب ريت أو تفكك أو انحلال الطفولة ولقد طورت منظمة الصحة العالمية من خلال الدليل العالمي لتصنيف الأمراض معايير للكشف عن التوحد والذي يشير إلى أن تشخيص **التوحد يجب أن يستند إلى عدد من المحكات وهي**:

أ. ظهور عجز واضح قبل ثلاث سنوات في مجال واحد على الأقل من **المجالات التالية**:

١. استخدام اللغة بوصفها وسيلة للتواصل مع الآخرين.

٢. اللعب التخيلي أو الوظيفي.

٣. التفاعل الاجتماعي المتبادل مع الآخرين.

ب. قصور واضح في التفاعل الاجتماعي المتبادل **من خلال**:

١. عدم التواصل البصري مع الآخرين وعدم القدرة على استخدام الوجه أو الجسد للتعبير عن الانفعالات .

٢. الفشل في تكوين صداقات مع الأطفال ممن هم في العمر الزمني نفسه.

٣. عدم المبادرة إلى مشاركة الآخرين أفراحهم وأحزانهم.

٤. عدم طلب الحنان والآمان في أوقات الخطر وعدم تقديم ذلك للآخرين عند حاجتهم لها.

٥. عدم القدرة على التبادل العاطفي والانفعالي مع الآخرين وعدم القدرة على تكيف السلوك ليتناسب والظروف الاجتماعية المحلية

ج. قصور في التواصل الاجتماعي **من خلال**:

١. تأخر أو انعدام اللغة التعبيرية دون محاولة التعويض عن ذلك باستخدام الإشارات أو الإيماءات

٢. عدم القدرة على النقاش أو الحوار مع الآخرين.

٣. تكرار اللغة أو المقاطع اللغوية.

٤. اضطراب في الصوت والإيقاع وسرعة الكلام ونغمته.

٥. عدم استخدام النمذجة أو الخيال في اللعب

د. اهتمامات محدودة ونشاطات متكررة وتظهر **من خلال**:

١. الاهتمام المبالغ بنشاطات محددة

٢. التعلق غير العادي بأشياء محددة

٣. سلوكيات روتينية محددة وغير مألوفة

٤. حركات نمطية بالأيدي والأصابع أو حركات جسمية معقدة

٥. اهتمام مبالغ فيه بأجزاء الأشياء أو بخصائص غير وظيفية للأشياء مثل رائحة أو صوت الشيء

٦. انزعاج كبير لتفاصيل بيئية صغيرة وغير مهمة

هـ. أن لا تكون هذه الخصائص ناشئة عن الاضطرابات النمائية العامة أو اضطراب اسبرجر أو اضطراب ريت أو انحلال الطفولة أو فصام الطفولة أو الإعاقة العقلية.

التدخل العلاجي والتربوي للأفراد التوحديون:

يعتمد التدخل العلاجي والتربوي للأفراد التوحديون على وجهة النظر حول أسباب التوحد وعلى الخلفية النظرية للباحث وحيث أن اضطراب التوحد يحظى باهتمام عدد من

الاختصاصات الطبية والنفسية والتربوية فان أساليب العلاج وطرائق التدخل العلاجية والتربوية.(zager,٢٠٠٥)

**البرامج العلاجية:

*البرامج العلاجية التي تعتمد على النظريات الفسيولوجية:

١. العلاج باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية؛ والسبب في مثل هذه السلوكيات تكون ناتجة عن خلل بيوكيميائي في الدماغ وتستخدم كبديل أخير في التدخل العلاجي بعد أن تفشل البرامج التربوية أو عندما تتم تهيئة الفرد التوحدي إلى التدخل التربوي . ويتناول الأطفال التوحديون العقاقير الطبية التي يتناولها مرضى الاكتئاب والفصام والقلق والتشنج.
٢. العلاج باستخدام هرمون السيكرتين؛ ان هرمون السيكرتين متعدد الببتيدات ويوجد في البنكرياس والمعدة والأمعاء وله وظائف عديدة تتمثل في تنظيم وظائف المعدة والأمعاء وتحفيزها على إنتاج الببسين والمساعدة على إنتاج مادة السيروتونين وتحفيز البنكرياس على إفراز البيكربونات والأنزيمات الهاضمة وتحفيز الكبد على إفراز العصارة الصفراء واعطاء هذا الهرمون للتوحيون يؤدي إلى تحسن مظاهرهم السلوكية.
٣. العلاج باستخدام الفيتامينات؛ يفترض أن الأطفال التوحديون بان أمعائهم منفذة لذلك لا يستفيدون من الفيتامينات و وتزويدهم بالفيتامينات يعوض ما يتم فقدانه ومن أهم الفيتامينات فيتامين,b والمغنيسيوم والزنك والكالسيوم ويساعدهم أيضا على تحسن سلوكهم ويتمثل في زيادة التواصل البصري وخفض سلو الاستثارة ونوبات الغضب.
٤. العلاج باستخدام الغذاء؛ يفترض أصحاب هذا الاتجاه من العلاج أن التوحديون ليس لديهم القدرة على هضم بروتين الجلوتين والكازين مما يؤدي إلى ظهور

الببتيد غير المهضوم ويصبح له تاثير تخديري وهنا يلجأ إلى تزويد الطفل التوحدي بمادة السيرنيد وهو يساعد على هضم الببتيدات والتقليل من هذه البروتينات يؤدي إلى استجابة حسية وتنمية الوظائف المعرفية وزيادة السلوك التفاعلي لديه.

٥. العلاج باستخدام التكامل السمعي؛يتم بها تحديد العتبة السمعية وعند ظهور الحساسية السمعية لديه يتم علاجه من خلال الاستماع إلى الموسيقى والتي يزال منها الأصوات المسببة للحساسية باستخدام الحاسوب لان هذه الحساسية هي التي تؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية.

٦. العلاج باستخدام التكامل الحسي؛بسبب عدم قدرة الدماغ على دمج المثيرات البيئية من الحواس يخضع الأطفال التوحديون للتدريب اللمسي والحس الدهليزي وغيرها من التدريبات التي تزيد من كفاءة التكامل الحسي.

*البرامج العلاجية التي تعتمد على المهارات

يظهر عند الأطفال التوحديون عدد من المشكلات المهارية التي تمنعهم من التفاعل مع الآخرين فيتم تدريبهم على تلك المهارات لتتحن سلوكياتهم الاجتماعية والتواصلية **ومن أهم تلك البرامج ما يلي:**

١) نظام التواصل المعتمد على تبادل الصور؛يتم من خلالها تعليم الأطفال التوحديون من خلال الإيماءات والرمز المختصرة وهي طريقة سهلة التطبيق ويسهل على المعلمين والوالدين استخدامها في الحياة اليومية والتعليمية.

٢) التواصل الميسر؛يتم التواصل اللفظي من خلال تدريب الأطفال التوحديون على نطق الكلمات والتعبير عن أنفسهم وتقديم التلقين.

٣) القصص الاجتماعية؛يتم فيها تزويد الأفراد التوحديون بالسلوك الاجتماعي المرغوب ومعلومات هامه عن الأشخاص والأوضاع ووصف السلوك المناسب بالإضافة إلى وصف المشاعر.

٤) جداول النشاط المصورة؛عبارة عن جداول يتخذ منها كتيب بمقدار.

٥) _٦) صفحات تحتوي كل منها على صورة تعكس نشاط معين يتم تدريب الطفل على أدائه **وكل نشاط مكون من خمس مكونات وهي:**

- إمساك الطفل بالجدول وفتحه ثم قلب الصفحة والوصول للصورة المستهدفة وان يشير إليها بأصبعه.
- على من يقوم بتدريب الطفل تسمية كل صوره ويقوم الطفل بترديدها
- أن يقوم الطفل بإحضار الأدوات التي تعكسه الصورة.
- أداء النشاط والانتهاء منه.
- إعادة الأدوات إلى مكانها الأصلي التي آخذت منه.
- المهارات الواجب توافرها حتى يتمكن الطفل من استخدام هذه **الجداول**:

١) التعرف على الصورة وتميزها عن الخلفية

٢) التعرف على الأشياء المتشابهة وادراكها وتميزها

٣) إدراك التطابق بين الصورة والشيء الذي تشير إليهاالأهداف التي نسعى إلى تحقيقها من استخدام **الجداول**:

١) تعليم الطفل السلوك الاستقلالي .

٢) إتاحة مدى أوسع من الاختيار أمام الطفل .

٣) تدريب الطفل على التفاعلات الاجتماعية.

٤) تعليم الطفل مهارات ضرورية للقيام بأنشطه محددة.

٥) إكساب الطفل بعض السلوكيات المرغوبة.

٦) الحد من بعض السلوكيات غير المرغوبة اجتماعيا.

***البرامج العلاجية التي تعتمد على النظريات الفلسفية:**

يعتمد العلاج النفسي للبحث في أسباب التوحد حيث يعتقد بأنه اضطراب انفعالي يساهم الوالدين فيه. والهدف الأساسي يظهر من التحليل النفسي وإنشاء علاقة قوية مع نموذج الأم المتساهلة المحبة وهي علاقة لم تستطع أم الطفل أن تزوده بها وقد تأخذ هذه العلاقة سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج النفسي.

يتضمن العلاج مرحلتين:

يزود الطفل بأكبر كمية من الدعم والتقدير والإشباع وتجنب الإحباط **مع :**

١) التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج .

٢) تطوير المهارات الاجتماعية وتأجيل الإشباع والرضا.

تنفذ برامج العلاج على شكل جلسات للمريض الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية الانفعالية. ويقدم العلاج النفسي برامج تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم على إقامة علاقات شخصية.

البرامج التربوية للأطفال التوحديون:

الأساس في استخدام البرامج التربوية استخدام إجراءات تعديل السلوك وهي تقوم على أسس موضوعية وليس على انطباعات ذاتية ولا يضع اللوم على الوالدين بل يشركهم في عملية العلاج ويجب أن تتضمن هذه البرامج الجوانب اللغوية النطقية بهدف تحسين التواصل اللغوي وتعليم المهارات الأساسية في الجوانب الأكاديمية ومهارات الحياة اليومية.

تقدم البرامج التربوية برامج فعالة لتلبية احتياجات الأطفال التوحديون من أشهرها عالميا:

١) برنامج علاج الحياة اليومية:يعمل على استقرار انفعالات أطفال التوحديون ومشاعرهم والعمل على إعادة توازنهم وتطويرهم من الناحية المعرفية والمهاراتية. ويستخدم عدد من إجراءات تعديل السلوك أهمها التلقين والإخفاء والإطفاء والتعزيز.

٢) برنامج التدريس المنظم؛ يعتبر أن المثير البصري أفضل من المثير اللفظي مع التشديد على التعلم المنظم من خلال تطوير مهاراته الشخصية بإجراء التعديل والتكيف في البيئة وتصميم برنامج تربوي فردي اعتمادا على التقييم ويستخدم هذا البرنامج باستخدام المثيرات البصرية والتركيز على الإرشاد الفردي وإشراك الوالدين.

٣) برنامج دينفر للعلوم الصحية؛حسب نظرية بياجية في النمو المعرفي يطبق من فريق متعدد الاختصاصات ويحتوي على التواصل واللعب والمجال الاجتماعي والحسي والحركي. ويؤكد على مشاركة الأسرة في البرنامج العلاجي وتزويد الأطفال التوحديون بالأنشطة التعليمية ويركز على التواصل اللفظي والرمزي في وقت واحد والتنظيم واستخدام اللعب والتركيز على التعليم النهاري

٤) برنامج مشروع الأطفال التوحديين؛ يعتمد على الاشتراط الإجرائي لسكنر والذي يرى أن السلوك الإنساني متعلم من خلال ضبط المثير والتعزيز ويركز على تشكيل السلوك وليس التلقين ويركز على السلوك التوحدي أكثر من التشخيص.

٥) برنامج الخبرة التعليمية؛ يعتمد على الدمج وتطوير المهارات الاجتماعية في الأوضاع الطبيعية من خلال المجموعات والاستفادة من خبرات الأطفال الآخرين وبالإضافة إلى أهمية إشراك الوالدين وان النشاطات المنهجية يجب أن تنسجم مع الجوانب النمائية.

التشخيص الفارقي للتوحد:

لكي يتم تشخيص الأفراد التوحديون وتميزهم عن الاضطرابات الأخرى يجب الحصول على معلومات دقيقة ولقد أشار الباحثون إلى قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد بإضرابات أخرى ومنها الإعاقة العقلية وفصام الطفولة والإعاقة السمعية وإضرابات التواصل و اضطرابات أخرى.

التوحد والإعاقة العقلية:

عندما اقترح كانر محكات لتشخيص التوحد أشار إلى أن الأفراد لديهم قدرات معرفية جيدة لذلك استبعدوا الإعاقة العقلية ولكن بعض الباحثين أشاروا إلى أن أكثر من ٧٠% من التوحديون قدرتهم العقلية في حدود الإعاقة العقلية وبالرغم من تشابه الأداء الوظيفي بينهم إلى أن الأداء في الإعاقة العقلية يكون منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء لكن الأطفال التوحديون المعوقين عقليا لا يكون أدائهم متساويا إذ نلاحظ أداؤهم

متساويا إذ نلاحظ أداء أعلى في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدىأو مهارات إدراك حركي في حين يكون أدائهم اقل في المهمات اللفظية.

ولان هناك تشابه بين التوحد والإعاقة العقلية إلى أن هناك خصائص يتميز بها التوحديون عن الإعاقة العقلية ومنها:

١. الأطفال المعوقين ينتمون أو يتعلقون بالآخرين ولديهم وعي اجتماعي وهو ليس موجود عند التوحديون على الرغم من وجود نسبة ذكاء متوسطة.
٢. القدرة على المهمات غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي والبصري ومهارات التعامل موجودة عند التوحديون وليست موجودة عند المعاقين عقليا.
٣. اللغة والقدرة على التواصل مختلفة بين مجموعتين فكمية واستخدام اللغة للتواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء الأطفال المعوقين عقليا ولكن أدى التوحديون اللغة غير موجودة وان وجدت تكون غير عادية.
٤. نسبة العيوب الجسمية في التوحديون اقل بكثير من المعاقين عقليا و الأطفال التوحديون يميلون إلى أن يكونوا جذابين من الناحية الجسمية.
٥. يبدي الأطفال التوحديون ميول موسيقية و في مجالات الذاكرة وغيرها وهذا غير موجود لدى المعاقين عقليا.
٦. الأنماط السلوكية للتوحديون تشمل حركات الذراع واليد أمام العينين والتأرجح أما المعوقين عقليا فأنهم يختلفون في نوع السلوك النمطي الذي يظهرونه.

التوحد وفصام الطفولة:

تم التعرف على التوحد في الممارسات الطب النفسي وكان التوحد يستخدم لوصف الأعراض الرئيسية للفصام أو الوحدة.

وتم التفريق بين الفصام والتفريق بين التوحد والفصام واهم الفروق:

والفصام واهم الفروق:

١. الفصاميون قادرون على استخدام الرموز لكن التوحديون غير قادرين على ذلك

٢. لا يطور الأطفال التوحديون علاقات اجتماعية مع الآخرين ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة بينما الأطفال الفصاميون يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين ويمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيئتهم.

٣. الهلاوس والأوهام وفقدان ترابط الكلام توجد في الفصام ولكنها غير موجودة في التوحد

٤. بدء الاضطراب في التوحد قبل ٣٠ شهرا من العمر ولكن بدء الفصام يكون عادة في بداية المراهقة أو في عمر متأخر في الطفولة والتوحد لا يمكن أن يحدث بعد ٣٠ شهرا من العمر لذلك فان العمر عند بدء الاضطراب هو أفضل عامل للتميز بين التوحد والفصام.

٥. أشارت دراسات علم الأوبئة إلى أن نسبة الذكور إلى الإناث في التوحد هو تقريبا (١:٤) في حين أن نسبة الشيوع في الفصام كما أن الجينات قد تفسر الفصام أكثر من التوحد.

التوحد واضطراب التواصل:

لان اضطرابات اللغة والكلام مظاهر أساسية في التوحد فان هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية .وبسبب هذا التشابه فانه يتم الخلط أحيانا بين التوحد وهذه الاضطرابات.

فقد وجد أن اضطرابات اللغة الاستقبالية تتشابه مع اضطرابات اللغة التي يظهرها الأفراد التوحديون وتشير النتائج إلى انه مع وجود التشابه إلا انه هناك تميز بينهم . فالأطفال ذو الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر الأطفال التوحديون تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل لفظية مصاحبة وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ولكن الأطفال التوحديون يظهرون إعادة الكلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر اكثر.

ويفشل الأطفال التوحديون في استخدام اللغة كوسيلة اتصال ولكن الأطفال ذوي اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين وبناء عليه فان القدرة أو القابلية على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيسي بين المجموعتين.

التوحد واضطرابات السمع والبصر:

الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من تغير الروتين وسلوكيات أخرى يمكن أن تظهر من قبل أطفال صم وهو يشبه السلوك الذي يظهره الأطفال التوحديون وتعد هذه السلوكيات ثانوية بالنسبة للصم ولكنها أولية وأساسية في حالة الأطفال التوحديون ومعظم الأفراد التوحديون ليسوا صما وإذا تم الشك بان الطفل يعاني من التوحد فانه يجب آت يتم فحص سمعه لاستبعاد أصابته بالصمم ويمكن أن يظهر الأطفال المكفوفون أو ضعاف البصر استثارة ذاتية وحركات نمطية تشبه ما يقوم به الأطفال التوحديون وقد تشير فان اضطرابات الاستجابة إلى المثيرات البصرية إلى التوحد في أول انطباع.

التشخيص الفارقي للتوحد:

لكي يتم تشخيص الأفراد التوحديون وتميزهم عن الاضطرابات الأخرى يجب الحصول على معلومات دقيقة ولقد أشار الباحثون إلى قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى ومنها الإعاقة العقلية وفصام الطفولة والإعاقة السمعية واضرابات التواصل واضطرابات أخرى.

التوحد والإعاقة العقلية:

عندما اقترح كانر محكات لتشخيص التوحد أشار إلى أن الأفراد لديهم قدرات معرفية جيدة لذلك استبعدوا الإعاقة العقلية ولكن بعض الباحثين أشاروا إلى أن أكثر من ٧٠% من التوحديون قدرتهم العقلية في حدود الإعاقة العقلية وبالرغم من تشابه الأداء الوظيفي بينهم إلى أن الأداء في الإعاقة العقلية يكون منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء لكن الأطفال التوحديون المعوقين عقليا لا يكون أدائهم متساويا إذ نلاحظ أداؤهم

متساويا إذ نلاحظ أداء أعلى في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركي في حين يكون أدائهم اقل في المهمات اللفظية

ولان هناك تشابه بين التوحد والإعاقة العقلية إلى أن هناك خصائص يتميز بها التوحديون عن الإعاقة العقلية ومنها:

١. الأطفال المعوقين ينتمون أو يتعلقون بالآخرين ولديهم وعي اجتماعي وهو ليس موجود عند التوحديون على الرغم من وجود نسبة ذكاء متوسطة.
٢. القدرة على المهمات غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي والبصري ومهارات التعامل موجودة عند التوحديون وليست موجودة عند المعاقين عقليا.
٣. اللغة والقدرة على التواصل مختلفة بين مجموعتين فكمية واستخدام اللغة للتواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء الأطفال المعوقين عقليا ولكن أدى التوحديون اللغة غير موجودة وان وجدت تكون غير عادية.
٤. نسبة العيوب الجسمية في التوحديون اقل بكثير من المعاقين عقليا والأطفال التوحديون يميلون إلى أن يكونوا جذابين من الناحية الجسمية.
٥. يبدي الأطفال التوحديون ميول موسيقية و في مجالات الذاكرة وغيرها وهذا غير موجود لدى المعاقين عقليا.
٦. الأنماط السلوكية للتوحديون تشمل حركات الذراع واليد أمام العينين والتأرجح أما المعوقين عقليا فأنهم يختلفون في نوع السلوك النمطي الذي يظهرونه.

التوحد وفصام الطفولة:

تم التعرف على التوحد في الممارسات الطب النفسي وكان التوحد يستخدم لوصف الأعراض الرئيسية للفصام أو الوحدة.

وتم التفريق بين الفصام والتفريق بين التوحد والفصام واهم الفروق:

١. الفصاميون قادرون على استخدام الرموز لكن التوحديون غير قادرين على ذلك .
٢. لا يطور الأطفال التوحديون علاقات اجتماعية مع الآخرين ويرفضون الاستجابة

٣. للأشخاص والبيئة بينما الأطفال الفصاميون يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين ويمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيئتهم.
٤. الهلاوس والأوهام وفقدان ترابط الكلام توجد في الفصام ولكنها غير موجودة في التوحد .
٥. بدء الاضطراب في التوحد قبل ٣٠ شهرا من العمر ولكن بدء الفصام يكون عادة في بداية المراهقة أو في عمر متأخر في الطفولة والتوحد لا يمكن أن يحدث بعد ٣٠ شهرا من العمر لذلك فان العمر عند بدء الاضطراب هو أفضل عامل للتميز بين التوحد والفصام.
٦. أشارت دراسات علم الأوبئة إلى أن نسبة الذكور إلى الإناث في التوحد هو تقريبا (٤:١) في حين أن نسبة الشيوع في الفصام كما أن الجينات قد تفسر الفصام أكثر من التوحد.

التوحد واضطراب التواصل:

لان اضطرابات اللغة والكلام مظاهر أساسية في التوحد فان هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية . وبسبب هذا التشابه فانه يتم الخلط أحيانا بين التوحد وهذه الاضطرابات.

فقد وجد أن اضطرابات اللغة الاستقبالية تتشابه مع اضطرابات اللغة التي يظهرها الأفراد التوحديون وتشير النتائج إلى انه مع وجود التشابه إلا انه هناك تميز بينهم . فالأطفال ذو الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر الأطفال التوحديون تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل لفظية مصاحبة وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ولكن الأطفال التوحديون يظهرون إعادة الكلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر اكثر.

ويفشل الأطفال التوحديون في استخدام اللغة كوسيلة اتصال ولكن الأطفال ذوي اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون

التواصل مع الآخرين وبناء عليه فان القدرة أو القابلية على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيسي بين المجموعتين.

التوحد واضطرابات السمع والبصر:

الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من تغير الروتين وسلوكيات أخرى يمكن أن تظهر من قبل أطفال صم وهو يشبه السلوك الذي يظهره الأطفال التوحديون وتعد هذه السلوكيات ثانوية بالنسبة للصم ولكنها أولية وأساسية في حالة الأطفال التوحديون ومعظم الأفراد التوحديون ليسوا صما وإذا تم الشك بان الطفل يعاني من التوحد فانه يجب أن يتم فحص سمعه لاستبعاد إصابته بالصمم ويمكن أن يظهر الأطفال المكفوفون أو ضعاف البصر استثارة ذاتية وحركات نمطية تشبه ما يقوم به الأطفال التوحديون وقد تشير فان اضطرابات الاستجابة إلى المثيرات البصرية إلى التوحد في أول انطباع.

الفصل الرابع
لماذا التوحديين يستعرضون السلوك اللاّ إجتماعي

وعلى مدى السنين يشتبه الباحثين بأن نظام مستقبلات المخدر (OPIOID) في الدماغ والمرتبط بالسلوكيات ذات العلاقة بالألم والمتعة والإدمان ربما يكون على ارتباط ما في التفاعلات الاجتماعية أو ضعفها لدى التوحديين.

حاليا ، أوضح الباحثين الأوروبيين أن الفئران والتي تم تعديلها جينيا ليكون لديها ضعف في مستقبلات المخدر في الدماغ والواقعة على سطح خلايا المخ كانت استجابتها مختلفة عندما تم إبعادها (الفئران) عن أمهاتها.

وكانت أيضا استجابتهم غير طبيعية لعقار المورفين المخدر والذي عادة ما يخفف الألم على عكس الفئران الطبيعية .

واستنتج الباحثون أن اللاّمبالاة الاجتماعية التي يستعرضها التوحديين ربما تكون مرتبطة بنظام إشارة المخدر في المخ.

وقالت الباحثة المساعدة في الدراسة فرانسيسكا داماتو وهي باحثة في مركز CNR) Institute of Neuroscience, Psychology and Psychopharmacology) في روما أن مخدرات المخ تلعب دورا جوهريا في تعزيز الدارات الكهربائية بحيث تساعد الأفراد على فهم ما هو الأصلح لهم.

وبالـ عمل مع الفئران، ركز الباحثون على نظام المخدر في المخ والذي ينظّم جزئيا بواسطة مستقبلات (U-Opioid) الواقعة على سطح الخلايا، وذلك لمعرفة ما إذا كانت مستقبلات (U-Opioid) أيضا قد لعبت دورا في سلوك ألفة وترابط الرضيع بأمه. ولعمل ذلك راقب الباحثون عن قرب الفئران حديثة الولادة و المعدلة وراثيا (التي لديها ضعف في المستقبلات) وذلك لملاحظة كيفية استجابة تلك الفئران عندما يتم استبعادهم عن أمهاتهم.

ووفق ما ذكره فريق الدكتورة (داماتو) أن الفئران التي ليس لديها مستقبلات المخدر كانت أقل اتصالا بأمهاتهم عن الفئران الطبيعية. علاوة على ذلك عندما قام الباحثين بإعطاء عقار المورفين المخدر للفئران الطبيعية قللت لديهم الألم ، ولكنها كما كان متوقعا لم تؤثر في الفئران التي ليس لديها مستقبلات المخدر.

إن الأفراد التوحديون لديهم صعوبات في التفاعل مع الآخرين ويبدون متحفظين ولامبالين اجـ تماعيا، بحيث يرى فريق داماتو أن اللّوم يقع على نظام إشارة المخدر في المخ (Opioid Signaling System).

وإسنادا إلى الجمعية الأمريكية للتوحد فإن قرابة مليون وخمسمائة ألف (١٥٠٠٠٠٠) مصابون بالتوحد في الولايات المتحدة الأمريكية تظهر لديهم علامات مطابقة في السنوات الثلاث الأولى من أعمارهم. وعادة ما يؤثر هذا الاضطراب في المخ في مناطق التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل.

والأفراد التوحديين لديهم مشاكل في التواصل اللفظي وغير اللفظي ولديهم بصفة عامة مشاكل في التفاعل مع الآخرين.

وقال (أندي شيه) مدير الأبحاث والبرامج في (National Alliance For Autism Research)أن الدراسة مثيرة ومشوقة بحيث أوضحت الدكتورة (داماتو) بدقة أن نظام مستقبلات المخدر في المخ يلعب دورا في سلوك الألفة والارتباط. و أن نتائج استخدام الفئران المعدلة وراثيا مقنعة.

وأضاف أن التحدي في أي دراسة حيوانية هو كيفية ربط العلاقة بالسلوك الإنساني، وشدد (أندي شيه) على أنهم بحاجة إلى بحثا إضافيا.

المصدر: نشرة التوحد اليوم.

ترجمة : ياسر الفهد.

(هذا جزء من الموضوع الذي قمت بترجمته).

يعتقد البروفيسور سيمون بارون كوهين من جامعة كامبريدج أنه يعرف لماذا التوحد يصيب الأولاد أكثر من البنات ولكن نظريته حول الاختلافات بين عقول الأولاد والبنات أوجدت جدلا ونقاشا كبيرا.

حيث وضع البروفيسور سايمون بارون كوهين النظرية التي تنص على أن عقول البنات يهيمن عليها العاطفة بينما عقول الأولاد يمهن عليها نظام الفهم والبناء ، وأيضا لاحظ أن هذه القاعدة لا تكون عادة صحيحة.

ووفق نظريته فإن التوحد هو اضطراب عصبي يؤثر في التفاعل الاجتماعي والتواصل واحتمالية ربط متلازمة أسبيرجر خاصة إلى عقول الأولاد.

وذكر البروفيسور سايمون بارون كوهين يوم الأربعاء للمشاركين الذين بلغ عددهم ١٥٠ (في مؤتمر التوحد الذي نظمه معهد بانكروفت للعلوم العصبية) أن ما يبدو أنه أساسي للتوحد هو مشكلة عاطفية مع الحافز الشديد للتنظيم. وقد أشار كوهين إلى الدلائل التي حصل عليها من قبل الاستقصاءات والاختبارات النفسية وملاحظة الأطفال التوحديين الذين ظهرت عليهم الفروقات الجنسية المبكرة وأيضا الأطفال حديثي الولادة على سبيل المثال يميلون للنظر طويلا في الآلات المتنقلة بينما البنات يطيلون النظر إلى وجوه الأشخاص.

وقال أن اضطراب التوحد يظهر أنه في عقول الأولاد والأسباب المؤدية إلى هذه النقلة تبدو غير واضحة ولكن المتوقع إصابته بالتوحد لديه اختلافات جينية وجين التيستسترون. إن المستوى العالي من التستسرون لدى الجنين يعني تواصل بصري أقل في مجموعة الأطفال الرضع وقال أن الباحثين الكنديين أشاروا أن مثل هذه الزيادة في التستسرون أعطت نتائج أفضل في اختبارات التنظيم.(SYSTEMIZING TESTS)

وقال البروفيسور كوهين أن قد تم الترحيب بفكرته وكتابه (The Essential Difference: The Truth About Male and Female Brain) بعدما كانت الفروق البيولوجية في الجنس شيء بغيض. وقال أن بعض الأشخاص قد أتصلوا بي لإبلاغي أن مثل هذا العمل يعتبر سياسيا خطر أي أن ردود الفعل مازالت موجودة. ونموذجيا أن الأشخاص القلقون من هذا النهج بالتأكيد لم ينظروا إلى تفاصيل العلم.

وقالـت مارثـا هيربـرت (بروفيسـورة مسـاعدة) علـم الأعصـاب فـي مدرسـة هارفـارد الصحية أن ملاحظات بارون كوهين مثيرة ولكن لم يحدد الإجراءات البيولوجية المسئولة عن التوحد .

هل التوحد مرض مناعي ؟؟؟؟

حديثا، هنـاك افتراضـات وبحـوث علـى أن التوحـد ربمـا يكـون مـرض منـاعي ذاتـي. والتوحد عادة ما يوصف بحالـة عقليـة أو حالـة تـأثر علـى المـخ ، وبمراجعة التوحد كمرض تفتح وجها جديدا كليا أمام كيفية التعامل مع العلاج. وستكون نقلـة رئيسـة فـي التفكير الطبي والنظام التعليمي عالميا.

والجهـاز المنـاعي هو واحد مـن الأجهزة الحيويـة في جسم الإنسـان تتلخص وظيفـة عمله بحمايتنا من الأمراض وذلك من خلال إرسال كريات الدم البيضاء للبحث عن والقضاء على الفيروسات والبكتريا المضرة بالجسم والتي تسبب المرض. وأيضـا من المحتمل أن هذه الخلايا تقود الغدة اللنفاوية (Lymphocyte) للقضاء على الخلايا التي تحولت إلى خلايا سرطانية. وطبيعيا يعمل النظام المناعي بإتقان دون معرفتنا. مثل الجنود في الدورية يعملون بدأب وهدوء للتأكد من أن عملهم قد تم إنجازه.

وعلى أي حال أحيانا قد ينحرف الجهاز وتنحرف الخلايا التي تحمينا فعليا وتتحول إلى مهاجمة خلايا و أنسجة وأعضاء الجسم والنتيجة هي مرض مناعي!!! ومن الأمراض المناعية الشائعة : التهاب المفاصل Rheumatoid arthritis والذئبة lupus و الغدة الدرقية thyroid **وأمراض مناعية غير شائعة مثل** :

Addison Mixed Connective Tissue Disease.

والسبب غير معروف. أما الغموض هنا لماذا ينقلب الجسم على عقبيه هذا ما يجعل الباحثون يحاولون حله دون كلل.

عن احتمالية أن يكون التوحد مرض مناعي ذاتي هي نظرية تبحث من قبل عدة مراكز. و أحدث هذه البحوث قام به البروفيسور المساعد في علم الأعصاب Aristo Vojdaniفي جامعة كاليفورنيا مع مدير مختبر علم المناعة في Beverly Hills

بكاليفورنيا حيث قدما دراسة بحثية عن النظرية القائلة : أن الأعراض التي نراها في الأطفال المصابين باضطراب الطيف التوحدي ASD من المحتمل أن تكون ناتجة عن العدوى.

حيث درس البروفيسور Vojdani عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد و الأطفال الأسوياء و اكتشف أن الأطفال التوحديين لديهم أجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب و streptococcusو chlamydia pneumoniae وهما عدوتين شائعتين. والمشكلة أن هذه الأجسام المضادة التي تتفاعل مع هذه البروتينات والعدوى ربما تتلف الحاجز الدموي الدماغي . BBB و بضم هذه مع السموم مثل الزئبق أو المادة الحافظة thimerosal في تحصينات الأطفال يمكن أن تعبر إلى المخ من خلال الحاجز الدموي الدماغي التالف مسببة تلفا لخلايا المخ.

و اتخذ مركز أبحاث التوحد في Yale خطوة تحفظية واقترح على أولياء الأمور بأن لا يقوموا بتغير النظام الغذائي لأطفالهم حتى يتم تكرار البحث العلمي. على أي حال البروفيسور المساعد النفساني Bradley Pearce في جامعة إيموري الطبية في أطلنطا علق قائلا : "أعتقد أن هناك دلائل جوهرية بالنسبة للفكرة التي تربط المناعة الذاتية بالتوحد".

هذه النظرية مغرية حيث أن أولياء أمور الأطفال التوحدين أفادوا مرارا أن إزالة منتجات الحليب والحنطة (الغذاء الخالي من الكازيين والجلوتين) قد ساعد أطفالهم. والعديد من أولياء الأمور على قناعة أن التحصينات أو بالأحرى المادة الحافظة thimrosal التي توجد في تحصينات الأطفال قد سببت التوحد لأطفالهم. وتربط هذه النظرية جميع هذه القضايا معا كما أن الجينات أيضا مرتبطة في هذه النظرية كمرض مناعي يجري في الأسرة.

يقول البروفيسور Vojdani أنه شخصيا تلقى رسائل بالبريد الإلكتروني بصفة دورية من أباء وعادة ما يكونوا أمهات لديهم مرض مناعي ولديهم طفل مصاب بالتوحد.

هيئة المحلفين تبحث ومثل أي بحث سيستغرق وقتا لمعرفة دور المناعة الذاتية الذي تلعبه في لغز اضطراب الطيف التوحدي ASD ولكن يظهر أن التنقيب والبحث في هذه المنطقة سيكون عميقا .

عقار جديد للاضطرابات النفسية والتوحد

المصدر نشرةAutism Today :

ترجمة : ياسر بن محمود بن عبد الرحمن الفهد – والد طفل توحدي – الرياض.

يعكف الباحثون على تطوير عقار جديد لعلاج الاضطرابات النفسية .. والعلاج الذي أطلق عليه العلماء (SMART) قادر على استهداف خلايا الدماغ المحددة للتحكم في الاضطرابات النفسية مثل التوحد والشيزوفرينيا سيكون جاهزا للدراسات الإكلينيكية خلال ثلاث سنوات وسيقام البحث في مركز أبحاث المخ (Brain Research Center) وتقدر تكلفة المشروع الذي تشارك فيه كل من جامعة كولومبيا البريطانية ومعهد فانكوفر الساحلي الصحي للأبحاث (VCHRI) مليون وخمسمائة ألف دولار .

ويعتبر هذا العقار أول تغيير جذري للعلاجات التي تستخدم للاضطرابات النفسية منذ عدة عقود. وقال البروفيسور (يو تيان وانج) قائد فريق البحث في مركز أبحاث الدماغ نحن نصمم جيلا جديدا من العلاج الذي سيعمل فقط على خلايا الدماغ في المناطق التي تحتاج إلى إصلاح. وأضاف أن العلاج الجديد سيقوم بتصحيح الخلل الوظيفي في المخ بطريقة الاستهداف للمنطقة التي بها خلل وظيفي بحيث لا يشعر المريض بالتأثيرات الجانبية التي تظهر أثناء استخدام المريض الأدوية الحالية والتي تؤثر على كامل الدماغ .

ويجمع هذا البحث (برنامج إصلاح الدماغ) الذي تم تمويله في برنامج العلوم العصبية بكندا عدد خمسة باحثين من مختلف مناطق كندا بما فيهم ثلاثة باحثين من مركز أبحاث الدماغ في مستشفى جامعة كولومبيا البريطانية.

وخلايا المخ الصحيحة تعتمد على التوازن بين المراسلات الكيميائية التي تحفز نشاط الدماغ وتستثير الناقلات العصبية وبين تلك التي تكبح الأنشطة (تمنع الناقلات العصبية). عندما يختل هذا التوازن فإن تدفق المعلومات خلال خلايا المخ في مناطق معينة يصيبه الارتباك. والنتيجة هي خلل في الإدراك والتفكير والسلوك لدى حالات اضطراب الدماغ يتراوح من التوحد إلى الاضطرابات الذهانية بما في ذلك الشيزوفرينيا والاكتئاب.

وباستخدام المعدات المتقدمة لمراقبة وعلاج رسائل المخ على المستوى الخلوي سيقوم فريق البحث باختبار عقارهم المصمم بطريقة يمكنها ضبط وتنقية التواصل بين خلايا الدماغ وتعمل على توازن أنشطة وكبح الاستثارة بشكل صحي.

إن مضادات الذهان الحالية (Anti-psychotic) تعمل على تعديل التواصل على سطح الخلايا في كامل الدماغ ويتم استعادة التوازن في المناطق المصابة ، وعلى أي حال فإن العقار ربما يسبب عدم التوازن في المناطق الطبيعية وغير المصابة مما يؤدي إلى آثار جانبية وردود فعل سلبية حيث تتفاوت الآثار الجانبية بين الكسل وعسر النوم والقلق إلى الذهان الشديد، مما يتطلب عدم إطالة فترة استخدام تلك المضادات، أما الجيل الجديد من عقار (Smart) سوف يستهدف فقط الخلايا التي بها خلل في التواصل تاركا مناطق المخ السليمة دون تأثير.

ويتوقع البروفيسور (وانج) أن العقار الجديد سيكون في متناول المرضى خلال خمس إلى عشر سنوات.

وتؤثر اضطرابات المخ ونظام الأعصاب على واحد من كل خمسة كنديين وهي من المسببات المؤدية للوفاة في كندا وأيضا من المسببات المؤدية للإعاقة. وقدرت وزارة الصحة الكندية العبء الاقتصادي من جراء هذه الاضطرابات باثنين وعشرين مليون وسبعمائة ألف دولار ويتوقع أن ترتفع التكلفة وتكون باهظة عندما يتقدم السكان في العمر .

الخدمات المختلفة التي ينبغي توفيرها للطفل التوحدي من قبل المراكز والأسرة.

أشار الدكتور فهد بن حمد المغلوث في كتابه (كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد - ١٤٢٥) إلى الخدمات التي ينبغي أن توفيرها للطفل التوحدي من قبل مراكز التوحد والأسرة على حد سواء فقال : يمكن تقسيم **تلك الخدمات إلى التالي :-**

أولا : الخدمات التشخيصية:-

وتكاد تكون أهم خدمة تقدم للطفل التوحدي قبل أي خدمات أخرى ، وممكن أهمية الخدمات التشخيصية يكمن في أن النجاح في تشخيص حالة الطفل بشكل دقيق وواضح يساعد إلى حد كبير في وضع الخدمات والبرامج الأخرى المناسبة التي يحتاجها الطفل التوحدي لعلاجه من قبل التربويين المختصين والعكس صحيح. ويشمل التشخيص جميع جوانب شخصية الطفل الجسمية والصحية والعقلية والأدائية والاجتماعية والنفسية وغيرها.

وكلما كان التشخيص مبكرا من عمر الطفل ، كلما مكّن ذلك الطفل من الاستفادة من الخدمات التعليمية والتأهيلية بصورة أفضل وأسرع.

ثانيا: الخدمات الاجتماعية:-

١- تحسين العلاقات.

٢- الألفة مع الآخرين.

٣- تكوين علاقات إيجابية..

٤- التعامل مع الأدوات (كاللعب).

٥- التعرف على البيئة.

٦- استخدام الموارد.

٧- التشجيع على التفاعل مع المجتمع المحيط.

٨- التفاعل مع موقف الألم.

٩- تعديل مكانه.

١٠- مهارات الأداء الاجتماعي.
١١- اكتساب الأسرة مهارة التعامل مع طفلها.
١٢- تدعيم العلاقة بين الأسرة والمركز
١٣- تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل.
١٤- تعديل الأداء الاجتماعي.
١٥- المساعدة في استكشاف العالم الخارجي.
١٦- الاعتماد على النفس في الحالات الخاصة.

ثالثا: الخدمات النفسية:-

وهي خدمات لا تقل أهمية عن الخدمات الاجتماعية لما لها من دور كبير في تقبل العلاج والإسراع بع **وتشمل:-**

١- التدعيم النفسي والمساندة.
٢- التدعيم السلبي.
٣- المكافأة.
٤- التعزيز.
٥- التخميد والإطفاء.
٦- تدعيم الذات.
٧- تعديل السلوك المضطرب.
٨- التخفيف من الاضطرابات الانفعالية.
٩- المساعدة في تقريب الطفل من أمه.

رابعا: الخدمات الأسرية:-

وهذه الخدمات تعد مطلبا حيويا لنجاح العلاج المقدم للطفل التوحدي ، نظرا لأن أي علاج مهما كانت كفاءته يظل قاصرا في عدم تعاون الأسرة معه واقتناعها به أو تقاعسها عنه ، **وتشمل الخدمات الأسرية المقدمة لأسرة الطفل التوحدي-:**

اكتساب الأسرة مهارة التعامل مع طفلها من خلال التدريب.

١- تشجيع الأسرة على زيارة المركز للإطلاع على كيفية تقديم الخدمة للطفل.

٢- تدعيم العلاقة بين الأسرة والمركز.

٣- إمداد الأسرة بالمعلومات النظرية والمصادر العلمية.

٤- زيارة أسرة الطفل للمنزل من وقت لآخر أو عند الضرورة.

خامسا: الخدمات الاقتصادية:

وهي خدمات مساندة ولكنها ضرورية ومهمة للطفل التوحدي ذي الظروف المادية الخاصة وأسرته **وتشمل**:-

١- توفير الموارد اللازمة لرعاية الطفل.

٢- الاستفادة من موارد البيئة.

٣- الاستفادة من المؤسسات الأخرى.

٤- تقديم خدمات استشارية لأسرة الطفل.

٥- تقديم مساعدات مادية مباشرة.

٦- إعفاء من الرسوم.

٧- تخفيض الرسوم المالية.

٨- توفير وجبات يومية مناسبة لحالة الطفل .

برنامج فاست فورورد Fast Forword :-

برنامج فست فورورد FAST FORWORD عبارة عن برنامج اليكتروني يعمل بالحاسوب ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل التوحدي وقد تم تصميم البرنامج بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة (بولا طلال PAULA TALAL) على مدى ٣٠ عاما تقريبا حيث قامت بتصميم هذا البرنامج سنة ١٩٩٦ ونشرت نتائج بحوثها في مجلة SCIENCE حيث أشارت في بحثها المنشور أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة

قصيرة.وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب يلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذا اللعب.ويركز هذا البرنامج على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود أي عوائق سلوكية.

ونظرا للضجة التي أحدثها هذا الابتكار فقد قامت بولا طلال بتأسيس شركة بعنوان SCIENTIFIC LEARNINGحيث طرحت برنامجها تحت اسم FAST FORWORD وقامت بتطويره وابتكار برامج أخرى مشابهة تركز جميعها على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي.

ويجب أن نشير إلى أنه لم تجر حتى الآن أبحاث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين وإن كانت هناك روايات شفهية بأنه قد نجح في زيادة المهارات اللغوية بشكل كبير لدى بعض التوحديين .

الفصل الخامس
تعديل السلوك لأطفال التوحد

هناك خمسة مشاكل سلوكية رئيسية كثيرا ما نقابلها لدى أطفال التوحد والاضطرابات النمائية المماثلة **وهى**:

١. **إيذاء النفس** : مثل عض اليدين أو خبط الرأس.
٢. **العدوانية** : مثل ضرب الآخرين أو البصق عليهم.
٣. **الإخلال بالنظام أو الفوضى** : مثل إلقاء الأشياء ، الصياح ، مغادرة المكان.
٤. **التكرارية** : مثل وضع الأشياء في الفم أو التكرار أو اللانهائي للأفعال أو الأسئلة أو الكلمات أو الأصوات.
٥. **سلوكيات مفتقدة** : مثل الاندفاعية ، نقص الدوافع ، تجنب الاحتكاك مع الآخرين ، قصر مدى الانتباه، عدم القدرة على تقبل التغيير في الروتين.

وهناك نوعان من الوسائل العلاجية السلوكية لهذه المشاكل في ضوء المنهاج الدراسي وهما:

١. وسائل تتناول المشاكل التي تظهر من خلال البرنامج الدراسي اليومي.
٢. وسائل تتناول المشاكل التي تثير الفوضى في كل الأنشطة التعليمية والتي تعوق اكتساب الطفل لمهارات جديدة.

- الوسائل الأولى لابد من إدماجها في المنهاج الدراسي بحيث يمكن تحقيق الهدف التعليمي الأولى باستمرار وتصبح الوسيلة في حد ذاتها أحد الوسائل المطلوبة لتحقيق الهدف التعليمي.
- الوسائل الثانية تشمل علاج السلوكيات الخاطئة أولا قبل البدء في تحقيق أي هدف تعليمي وعند علاجها يصبح من السهولة تحقيق الهدف (بمعنى أن العلاج السلوكي في هذه الحالة هو الهدف التعليمي الأول).

السلوك الأول – إيذاء النفس:

المشكلة (١): عض ظهر اليد:

التحليل:

سلوك العض قد يبدو نوع من التواصل عن الإحساس بالضغط أو إبداء الضغط على الآخرين لتنفيذ ما يريده أو التوقف عن طلب مشاركته في هدف ما. الألم المتسبب فيه العض ليس من القوة ليؤدى إلى إصابة باليد.

وهو في حاجة إلى ابتكار وسيلة أخرى للتعبير عن إحساسه بالضغط أو الرفض بحيث تحترم رغبته في التعبير عن الضغط وتتيح بدائل أخرى (مثل مساعدة أكثر، أهداف قصيرة، بدائل لما يريده ولا يستطيع الحصول عليه).

الهدف:

تعليم الطفل سلوك بديل يساعده على إيصال إحساسه بالضيق ويمنعه من عض يده.

وسيلة التدخل:

أثناء حصص التدريب، لاحظ الطفل بدقة حتى يمكن التدخل قبل أو عند اللحظة التي يبدأ فيها في عض يده مباشرة. وعندها كن بجواره وامنع تكملة حركة يده إلى فمه وضع يده بسرعة على المائدة قائلا "أيديك تحت" ثم اعمل على توجيهه كي يقلدك وأنت تهز رأسك وتقول "لا" "لا لتنفيذ المهارة" أو "لا إنا عايز بسكويت" حسب السبب الذي أدى إلى إحساسه بالضغط وحين يقوم الطفل بتقليد هذه الوسيلة في التواصل لابد من مكافأة مثلا قل له "حاضر، سأساعدك لإكمال المهارة" أو "هذه بسكويته أخرى."

المشكلة (٢): هز الرأس:

التحليل:

يبدأ الطفل في هز الرأس للحصول على الاهتمام من الآخرين. ولا يبدو على الطفل إذا كان هذا الاهتمام سيؤدى إلى الغضب أو الحنان، فقط الطفل يعرف إن هز الرأس سيؤدى إلى استجابة المدرس أو الأم إلى ما يريد ويتوقف عن الطلبات .

الهدف:

تقليل هز الرأس عن طريق تغيير استجابة المدرس أو الأم لهذا السلوك ورد فعله بمعنى عدم الاستجابة إلى ما يريد الطفل والتوقف عن الطلبات.

وسيلة التدخل :

خلال الألعاب والأنشطة التي يقوم بها الطفل على المائدة أو المقعد المرسى (الباذل – لوحة – الأشكال – الأقلام) ضع المائدة والمقعد بحيث لا يستطيع الطفل هز الرأس وضربها في الحائط خلفها. وفى أي لحظة يبدأ الطفل في هز رأسه خذ الأدوات في اتجاهك بعيدا عنه وأستدير للخلف بعيدا عنه. ابدأ في العد حتى ١٠ (حوالي ١٠ ثوان) واستدر ناحيته مرة أخرى وأعطه الأدوات. أعط مساعدة قليلة عند الخطوة الأولى فقط من المهام، بنفس الخطوات ولا تتوقف عن الاستمرار في تعليم المهارات لحين انتهاء هذه السلوكيات ولكن يمكنك اختصار الخطوات الخاصة بالمهارات وخاصة إذا بدا على الطفل الانزعاج والضيق هذا اليوم ولكن لابد من إتمامه للخطوة الأخيرة من أي مهارة كي يتأكد أن هذه السلوكيات لن تمنعه من أداء المهام المطلوبة. داوم على هذا البرنامج لمدة أسبوعين ولابد من تسجيل ذلك في الجدول أسفله. هذه الخطوة تحتاج الكثير من التركيز والاهتمام وأيضا لابد من المكافأة عند اختفاء الخبطات.

جدول تسجيل خبطات الرأس.

اليوم الأنشطة مرات خبط الرأس (علامة لكل مرة).

المشكلة (٣):خبط الرأس في المائدة أو الأرض:

التحليل :

قد يبدو هذا السلوك حينما يكون الطفل في حالة غضب (إذا كان لا يريد شيئا ما على المائدة أو عند البدء في نشاط جديد أو تغيير روتين ترتيب اللعب أو الأشياء على المائدة).

الهدف:

التدخل لمنع هذا الخبط كي لا يؤذى الطفل نفسه.

وسيلة التدخل:

بمجرد إن يميل الطفل للأمام ويخبط رأسه لمرة واحدة اجذب المقعد (أو جسمه إذا كان جالسا على الأرض) للخلف كي يشعر بعدم التوازن، واحتفظ به في هذا الوضع المائل لمدة خمس ثوان واعد المقعد بعدها لمكانه كرر المحاولة في كل مرة يبدأ الطفل فيها بالميل للأمام. لا تتحدث أو تشير لأي شيء أثناء ميل المقعد (أو الجذع) للخلف. الهدف من ذلك هو أن الطفل لا يستسيغ إحساسه بفقدان الاتزان وهذا يجعله يوقف إن ضبط الرأس هو المتسبب في فقدان التوازن، وهكذا يبدأ بعدها في تهدئة نفسه ومنع الرغبة الداخلية التي تنتابه كي يخبط رأسه مهما كانت الأسباب.

المشكلة (٤): صفع الوجه:

التحليل :

صفع الطفل لوجهه هو وسيلة من وسائل التعبير عن الزهق أو الضيق أو الغضب. كلما تزايد الألم عند الصفع كلما زاد الضيق وهذا يدخل الطفل في حلقة مفرغة.

الهدف :

التدخل لمنع هذا السلوك وتجنب الحلقة المفرغة بأسلوب ايجابي.

وسيلة التدخل :

بمجرد أن يبدأ الطفل في صفع وجهه امسك الوجه بكلتا يديك وقل له بصوت عال "ضرب لا" ثم اترك وجهه وساعده على اجتياز المهمة المطلوبة منه في هذه اللحظة. هذه الطريقة من شأنها منع صفع الوجه ومساعدة الطفل تمثل تخفيف للضغط الناتج عن المهام المطلوبة منه وبالتالي تدفعه إلى التوقف عن إيذاء نفسه بصفح وجهه.

السلوك الثاني: العدوانية:

المشكلة (١): ضرب أحد الكبار على وجهه

التحليل:

سلوك ضرب الآخرين يمثل وسيلة للتواصل والتعبير عن موقف لا يرغبه الطفل أو العبير عن إحساس الإحباط أو الاضطراب وعدم الفهم.

ونظرا لأن التواصل هو الهدف الأساسي للطفل التوحدى، لا ينبغي أن نقضى على تعبيره عن مشاعره ولكن لابد من تعليمه طريقة أفضل لتوصيل رسالته للآخرين وإذا استطاع الطفل إن يبتكر طريقة ما للإعلان عن رغباته فأن احتياجه للضرب سيتلاشى.

الهدف :

تعليم الطفل إشارة أو إيماءة أو علاقة تعلن عن تعبه من العمل أو عن عدم فهمه أو عن رغبته في ألا يزعجه أحد.

وسيلة التدخل :

عندما يحاول الطفل أن يضرب المدرس أثناء الدرس لابد من تقييد يده بهدوء وبحزم وقوة وقل له "ضرب لا" وعلمه في نفس الوقت علامة بديلة مثل "خلاص" "أطراف أصابع اليدين تحك في مقدمة الصدر". ودعم هذه العلاقة بمكافأة، ودعه يلعب لدقيقة بما يشاء على المائدة ثم ابدأ عمله نشاط التدريس مرة أخرى ولكن عد لنشاط يستطيع عمله هو بانجاز، أعط مساعدة مستمرة وكافئه على ما ينجز، علمه إن يستخدم علامة "خلاص" في اللحظة التي تجده يستعد للضرب مرة أخرى. ودائما دعه يتوقف عن العمل للحظة بعد ما يؤدى العلامة بنفسه وبالتالي تعطه مفهوم تواصلك معه وأنك قد فهمت ماذا يعنى بهذه العلامة. هذه الوسيلة يمكن استخدامها دائما في مهارات رعاية الذات أثناء اليوم أيضا .

المشكلة (٢): عض الآخرين

التحليل:

سلوك العض مثل ضرب الآخرين للتعبير والتواصل عن موقف لا يرغبه الطفل أو التعبير عن إحساس الإحباط أو الاضطراب أو عدم الفهم.

الهدف:

تعليم وسيلة بديلة للتعبير.

وسيلة التدخل:

عندما يقدم الطفل على عض المدرس أو أي فرد آخر، اذهب إليه في الحال وارفعه من المقعد من تحت ذراعيه واحمله بعيدا إلى كرسي في ركن بعيد، وبسرعة وحزم ضعه على المقعد مواجها للحائط واتركه في الحال دون أن تقول شيئا، تجاهل بكاءه بع ١٠-١٥ ثانية اذهب وخذه مرة أخرى لمكانه وابدأ العمل كأنه لم يحدث شيء. تذكر أن الطفل ربما لا يستوعب كلماتك والجهود السابقة مثل الشرح أو الضرب حتى لم تجد معه. عند تكرار هذا الموقف أكثر من مرة سيستطيع الطفل أن يتحقق من أن هذا يحدث لأنه يقدم على عض الآخرين. ومن الهام عدم تركه لفترة طويلة في المقعد المعاقب به حتى لا ينسى السبب (نظرا لقصر مدى الانتباه لدى هؤلاء الأطفال).

المشكلة (٣) : شد الشعر:

التحليل:

شد الشعر ربما يكون نتيجة حب الأطفال لملمس الشعر وخاصة الشعر الطويل الناعم ولا يدرك الطفل وقتها إن شد الشعر من الممكن إن يؤلم الآخرين ويدرك فقط أنه وسيلة تواصل.

الهدف:

البحث عن وسيلة مادية للالتصاق مع الآخرين كبديل عن شد الشعر **وسيلة التدخل:**

هناك طرق متعددة:

١. ربط شعر المدرسة خلف ظهرها أثناء العمل مع الطفل (ارتداء الحجاب).
٢. كن على يقظة عند العمل مع الطفل وخاصة إذا كان جالسا على رجليك أو واقفا خلفك.
٣. تعليم الطفل وسائل أخرى للتواصل المادي مثل التصفيق والدغدغة أو المداعبة باليد دون الإيذاء.

السلوك الثالث: الإخلال بالنظام أو الفوضى.

المشكلة (١): إلقاء الأشياء.

التحليل:

هذا السلوك كثيرا ما يعطل سيرة العملية التعليمية وكثيرا ما يثير الفوضى في حياة الأسرة نظرا لإلقائه الكثير من الأشياء داخل المنزل. هذا السلوك كثيرا ما يلاحظ عندما يطلب منه شيء لا يريد أداءه أو عندما لا يستطيع الحصول على شيء يريده. وأسلوب الإلقاء يعطيه الفرصة في السيطرة على ما يحيط به. لا تستطيع أن تعلمه مهارات جديدة ويستطيع إن يثير الإزعاج وتعطيل التدريس حينما يريد. هذا السلوك ضار به وبالآخرين لأنه لا يتخيل أنه هناك أشياء قالبة للكسر أوله قيمة أو ربما يؤذى عند إلقائه. فالطفل لم يتعلم كيف يكبح جماع هذا السلوك إلا حينما يدرك تبعاته ليست ظريفة بالمرة.

الهدف:

التخلص من ظاهرة إلقاء الأشياء أثناء الدرس.

وسيلة التدخل:

هناك وسائل أولية مثل:

- ✓ أوامر لفظية مباشرة – تجاهل السلوك – إجباره على التقاط الشيء الذي ألقاه.
- ✓ تغيير أسلوب حصص التدريس – ضرب رأسه برفق حينما يبدأ في الرمي.

هذه الوسائل قد تنجح في بعض الأحيان، ولكن هناك أحيان أخرى يحتاج فيها

الطفل إلى وسيلة مركزة. لذا بعد ملاحظة هذا السلوك لمدة أسبوعين، **ابدأ في تنفيذ في تنفيذ الوسائل الآتية:**

١. ابعد الأشياء القيمة عن متناول يده .

٢. كن يقظ ولاحظ دائما قبل إن يبدأ في الرمي.

٣. لا تعط أي انتباه لشيء ما ألقاه.

ابدأ بتدريس مهارات بسيطة وحينما يبدأ في ألقاء الأشياء، قل بصوت حازم (رمى لا) وخذ يديه واقبض عليها بقوة على جانبي جسمه. ابعد رأسك عن وجهه وابدأ في العد صامتا حتى ٣٠، بعدها اترك يده واستدر نحوه وأعطه الشيء الذي ألقاه أو كاد أن يلقيه ليضعه في مكانه .

علم على الجدول أسفل هذا الحدث حسب ما هو مدون لا تلتقط شيء ألقاه بنفسك. كرر المحاولة أكثر من مرة عند إلقائه. إذا لم يلق شيء كافئه بالقول والفعل (حلوى وما شابه) وابتسم في وجهه وقتها.

تاريخ اليوم الأشياء عدد مرات الإلقاء عدد مرات المكافئة.

المشكلة (٢): الصياح والصراخ والبكاء وأية ألفاظ إذا سئل أداء مهارات بسيطة.

التحليل:

عادة ما يكون الرفض غير متعلق بصعوبة ما على أداء الأنشطة ولكن الرفض يرجع إلى رغبته في رفض التغيير لمهارات أو أنشطة جديدة (مثلا رفض الذهاب لمكان ما – رفض النزول من السيارة – رفض دخول الحمام ... وهكذا). وهذا الرفض يدفع الأسرة أو المدرس إلى اليأس من إصلاح الطفل ويعطيه قدرة على التحكم في المواقف بمعرفته. الوعود أو التهديدات غير مجدية في احتواء هذا الرفض وكذلك أساليب العقاب الشديدة.

الهدف:

تخفيف أسلوب الرفض بالصياح أو البكاء.

وسيلة التدخل:

خلال أسبوع ابدأ في تدوين ملاحظاتك في الجدول أسئلة لرؤية ما إذا **كانت هذه الوسائل مجدية:**

١. تجاهل الصياح والصراخ.
٢. إعطاء مساعدة متكررة بالدعم المادي والتشجيع مثل التربيت على الأكتاف أو الرأس أو ما شابه.
٣. إبداء مكافأة مادية (حلوى) في مجال النظر للوعد بها عن اكتمال النشاط.
٤. مرتين خلال اليوم اجلس مع الطفل، وأعطه نشاط غير لفظي بسيط (ترتيب – مطابقة – تلوين). ضع الحلوى قريبا واشرح للطفل انه عند انتهائه من المهام سيحصل عليه. ابدأ النشاط بنفسك لتساعده. ادعم الطفل ماديا حسب ما سبق، لا تستعمل مدعمات لفظية فقط، ابتسم أثناء أدائه للنشاط. لا بلق بالا لأصوات الطفل أو كلمات يقولها فقط خذ بيد الطفل برفق إذا توقف عن العمل وساعده على اكتماله. عند انتهاء المهارة لابد من مكافأة الطفل بابتسامة أو تصفيق وبعد ذلك المكافأة المادية (الحلوى).

تاريخ اليوم الأشياء عدد مرات الإلقاء عدد مرات المكافئة.

***سجل** : (لا يوجد – قليل – متوسط – شديد)

المشكلة (٣): القفز من على المائدة أثناء الطعام

التحليل:

هذا السلوك يمثل رغبة في الاستمتاع بجذب انتباه الآخرين أو تحقيق رغبته في البعد عن اهتمام الآخرين تجنبا لسلوكه الخاص والذي يسبب ضغط مستمر على الأسرة أثناء الطعام إما لتوقع سوء السلوك أو للاضطراب الذي يحدث أثناء الطعام بسببه ولتغيير السلوك لابد من كسر الحلقة المفرغة وهذا يعنى أن حضوره للطعام مع الأسرة مرتبط بسلوكه الطيب وأن حركاته من الطعام مرتبط بسلوكه الشائن وعدم جلوسه على مقعدة أو تناوله طعامه من طبقه.

الهدف:

تعليم الطفل الجلوس بنظام والبقاء جالسا أثناء الطعام.

وسائل التدخل:

كثيرا ما يحاول الأهل تهدئة الطفل بالأوامر أو الضرب أو حتى ربطه في المقعد أثناء الوجبات وكل هذه الوسائل تزيد من عناده ومزاجيته الشديدة ودفعه لإثارة الآخرين لذا فاهم سيء في العلاج هو أن يكافأ على التصرف الطيب بالاهتمام وحضور الطعام مع الأسرة وأن يعاقب على التصرف الخطأ بأي وسيلة أخرى. أولا لابد ان يجلس الطفل بعيدا عن أطباق الآخرين.

حينما يقفز، تجاهله تماما، لا تدعوه للمجيء أو حتى تنظر إليه. وحينما يأتي ليجلس مرة أخرى انظر إليه وابتسم وقل له "برافو أحنا نقعد علشان نأكل". إذا حاول أن يمد يده لطعام من حوله أو يمد يده لطعام وهو واقف بإهمال لا تتناقش معه ولا تؤنبه، فقط خذ الطبق بعيدا إلى منتصف المائدة ولا تعطه له يجلس في مقعده. وحينما تنتهي الأسرة من الطعام (حوالي بعد ٢٠ دقيقة)، خذ كل الأطعمة بعيدا، ولا تسمح له بأية وجبات حتى لو خفيفة باستثناء عصير أو ما شابه فلابد للطفل أن ينتظر حتى الوجبة التالية كي يأكل بنظام. **احتفظ بجدول حسب مرات القفز من المائدة كالتالي:**

تاريخ. اليوم .الأشياء .عدد مرات الإلقاء. عدد مرات المكافئة

المشـــكلة (٤): الحماقة في التصرفات (الضحك، القهقهة بدون سبب، الأوضاع الغريبة في الجلوس أو الوقوف.)

التحليل:

هذه الحماقة وسيلة تعبير عن التعب أو التشويش أو نادرا ما تكون لفت الأنظار.

الهدف:

تعليم الطفل وسائل بديلة أو إعطائه مساحة من الحرية أثناء التدريب.

وسيلة التدخل:

تجاهل السلوك الأحمق تماما، تظاهر حتى بأنك لا تراه استمر في العمل ولكن أعد تعليماتك في صورة مبسطة استعمل كلمة أو كلمتين فقط، أعطه إشارة أو إيماءه للعمل وادعم الأداء منه بلمس ذراعه، كافئه سريعا إذا بدأ العمل واحتفظ بهدوئك قدر الإمكان. تبسيط الأوامر والمساعدة تقلل من التشويش والتعب وتشجع الطفل على الاستمرار في بذل المجهود. الهدوء والتجاهل لهذه السلوكيات الحمقاء تساعده على التحكم فيها .

المشكلة (٥): إغاظة الآخرين (الاحتفاظ بلعبة تحت المائدة مثلا)

التحليل:

يبدى الطفل هذا السلوك رغبة منه في إغاظة الآخرين حتى المدرس حتى يدفع المدرس في الاشتباك معه ويبدو هذا السلوك عادة حينما توشك أنشطة تعليمية عند الانتهاء ونظرا لأنه لا يستطيع توقع ماذا يلي بعد ذلك فانه يقدم على هذه التصرفات لعدم قدرته على تحمل فترات انتقالية بين الأنشطة.

الهدف:

تعليم الطفل القدرة على التحكم في هذا السلوك واجتياز المراحل الانتقالية.

وسيلة التدخل:

حينما يبدى الطفل هذا السلوك، اجلس على مقعدك وأخبره ما هو النشاط التالي "بعد ترتيب المكعبات سنخرج لنلعب بالكرة". أشر إلى مكان اللعب ثم بهدوء أعد الأمر "ضع العربة في الصندوق" انتظر لثوان واعد الأمر مرة أخرى بالإشارة لمكان العربة وأعد الأمر مرة أخرى. حينما تخبر الطفل ما الذي سيحدث بعد ذلك وعدم الاستجابة لمحاولته إغاظتك، سيقلل من سلوكه تدريجيا لأنه سيجده غير مجدي له .

السلوك الرابع: التكرارية أو النمطية

المشكلة (١): وضع الأشياء الغير قابلة للأكل في الفم

التحليل:

من خصائص الطفل التوحدى خلل في الاستجابة الحسية في وظائف الحس الأساسية واحدة منها أو أكثر من واحدة وحاسة التذوق قد تبدو مختلفة بصورة تدفع

الطفل إلى وضع أي سيء في فمه دون أن يعيه وتنتابه ثورة عنيفة عند محتال تغيير هذا السلوك. أيضا يظهر الخلل في حالة غياب أفراد الأسرة حوله ولن تجدي معه محاولات الزجر والنهر بعنف أو الضرب أو العزل في الحجرة أو حتى المكافأة. يستطيع الطفل الامتناع عن "الفمية" إذا ذكر أشياء دائما بذلك. وخطر هذا السلوك تناول أشياء سامة أو كيميائية ضارة.

الهدف:

تعليم الطفل كيفية الامتناع عن "الفمية" دون التذكير من أحد.

وسائل التدخل:

باستخدام كروت لقراءة القواعد (بالحروف أو بالرسم) يمكن اكتساب مهارة الامتناع عن الاستجابة لهذا الدافع الداخلي، وذلك دون استخدام الأوامر اللفظية المباشرة ولكن من خلال استعملا المؤثرات المرئية.

- **الخطوة الأولى:** أثناء العمل داخل الفصل الدراسي، ضع كوب من الثلج (أو الحلوى) ومعلقة بالقرب من الطفل. وضع إما الكوب كارت مكتوب أو مرسوم عليه "استعمل الملعقة لتأخذ الحلوى". بمجرد أن يبدأ الطفل في التقاط الحلوى أو قطع الثلج بيده لا تقل شيئا وابعد الكوب والق بكل قطع الثلج أو الحلوى. أشر إلى الكارت واشرح له "نسيت الهدف" "سنحاول مرة أخرى" اعد المحاولة بعد ٥-١٠ دقائق.
- **الخطوة الثانية:** أثناء العمل داخل الفصل، ضع بعض الأشياء التي يهواها الطفل كي يضعها في فمه بأقرب منه ضع كارت أما هذه الأشياء مكتوب عليه أو مرسوم "ليس في فمك". اشرح الكارت عند المحاولة. إذا نجح الطفل أعطه بعض الحلوى كمكافأة.

- **الخطوة الثالثة:** أثناء مشاهدة التليفزيون أو الفيديو ضع أسفل التليفزيون كارت مقروء أو مرسوم كالسابق مباشرة. شاهد الطفل وحينما ينسى الطفل ويبدأ في وضع أشياء في فمه اذهب وأغلق التليفزيون لمدة دقائق. أشر إلى الكارت وهز رأسك أو يدك، لا تزجر أو تهز ولا تقل شيئا حتى لا يبدأ الطفل في الغضب أو الزهق .

المشكلة (٢): دوام التساؤل "مثلا- ما هذا؟.
ما الوقت؟" بغض النظر عن الإجابة.

التحليل:

دوام التساؤل يمثل أفكار دائمة داخل الطفل ولا يعنيه إجابات الآخرين من عدمها، فقط هو يعبر عن هذه الأفكار الدائمة بأسئلة أو تعليقات دائمة .

مثلا سيسأل عن الوقت حتى إما الساعة إذا كان على بينة من مفهوم الوقت جميع المحاولات مثل إجابة السؤال، تجاهل السؤال، ترك الحجرة، الأمر المباشر بالتوقف والبقاء هادئا غير مجدية بالمرة. كلها لن تستطيع أن تكسبه القدرة على التحكم في نفسه الوسيلة الوحيدة هي قاعدة محددة "أغلق فمك"، مؤثر بصري ومكافآت محددة عند إتباع القاعدة.

الهدف:

تقليل دوام التساؤل أثناء أوقات العمل داخل الفصل.

وسيلة التدخل:

ابدأ في تعليم الطفل "غلق الفم" أثناء أوقات محددة داخل الفصل. أعطه مهارات غير لفظية مثل مطابقة أشكال أو ألوان بأرقام. ضع ستة من حجر الزهر أو الخرز الملون الكبير وكوب على المائدة كل مرة يستطيع أن يطابق مكعب برقم، كافئه وضع حجر أو خرز في الكوب، وبمجرد أن يبدأ في السؤال الدائم، قل له "أغلق فمك" وهز رأسك تأكيدا للأمر وضم شفاهك كذلك واخرج خرز أو حجر من الكوب واظهر امتعاضك.

أشر له كر يستمر في العمل وكرر المحاولات مرة أخرى وإذا باد عليه محاولة السؤال، أعطه علامة تحذيرية أشر إلى الخرز وضم شفاهك وهكذا لا نخرج الخرز من الكوب إذا اكتسب القدرة على التحكم في الدافع السؤال وحينما تنتهي المهمة بوضع كل الخرز في الكوب اسأله السؤال الذي اعتاد أن يسأله أن وجد ودعه يجيب على السؤال إذا كان يستطيع الإجابة (لابد وأن يتعلم أنه هناك وقت محدد يستطيع أن يسأل فيه الأسئلة ووقت لا يستطيع فيه ذلك).

المشكلة (٣): أصوات مزعجة دائمة

التحليل:

مثلها مثل الأسئلة الدائمة. الطفل يفتقد القدرة على التحكم في الأفكار الداخلية ولا تعنيه ردود فعل الآخرين. في أحيان أخرى تكون هذه الأسئلة أحد السلوكيات التي يستمتع بها الطفل دون الخروج من العزلة التي بفرضها على نفسه.

الهدف:

البحث عن وسيلة بديلة أو اكتساب القدرة على التحكم في الرغبة الداخلية في إصدار هذه الأصوات.

وسيلة التدخل:

بمجرد أن يبدأ الطفل في إصدار هذه الأصوات المزعجة، ضع أصابعك على شفتيك وقل "شش" وساعده على تقليدك. تأكد من أن أصابعه على شفتين ضاغطة. إذا استمر في إصدار هذه الأصوات بعد نزع يدك من على فمك، ضع كيس من الورق أو البلاستيك كبير على كل رأسه تغطيها وتصل إلى كتفيه اتركها لمدة ثوان بعد ذلك انزعها واستمر في تأدية الأنشطة، إذا استمر ثانية خدره بأسلوب "شش" وبعد ذلك ضع الكيس مرة أخرى لفترة أطول (لا تزيد عن ٢٠ ثانية). لابد وأن يسمح الكيس بمرور الهواء والضوء لكنه في نفس الوقت يزيد حجم الضوضاء التي يصنعها وبالتالي يدركها هو وفى نفس الوقت تجاهها وبالتالي لن يرتضيها ويكرها وسيتعلم كيف يتحك فيها بمجرد

رؤية الكيس. الوقت القصير لوضع الكيس الغرض منه ألا ينسى الطفل الهدف من ذلك ويبدأ في إصدار أصوات أو تصرفات أخرى مزعجة بديلة.

المشكلة (٤): الالتصاق بالأشياء:

التحليل:

أحد سمات التوحد الالتصاق أو الاهتمام بأجزاء الأشياء وليس الكل وكذلك عشق الروتين بصورة تعطل استخدام الأشياء في وظائفها مثلا ارتباط الطفل بلعبة ما واحتفاظه بها طول الوقت.

الهدف:

مساعدة الطفل على التخلي عن شيء في يده للاستمرار في الأنشطة التعليمية (مثلا التخلي عن عربة صغيرة حمراء في يده).

وسيلة التدخل :

ضع مربع من الورق الأحمر على المائدة أمام الطفل وضع أمامك لعبة فقاقيع الصابون. ستقوم بتعليم الطفل في خطوات تدريجية أن يدع لعبته أو أي شيء في يده (مثل العربة) على المربع الورقي قبل البدء في اللعب بالصابون:

١. برفق ارفع يده التي بها العربة وضعها على المربع الورقي وامسكها بينما تبدأ أنت في نفخ الفقاقيع أمامه قبل أن يدركها هو.
٢. الآن، افتح قبضته على السيارة بينما يمسك هو العصا لك كي تبدأ في النفخ.
٣. حرك المربع الورقي بعيدا عنه (حوالي ١٠سم) بينما تبدأ في نفخ الفقاقيع.
٤. وفى النهاية، حرك المربع الورقي واللعبة حوالي ٢٠سم بعيدا (لن تصبح في متناول اليد أو تعطل العمل). استخدم هدف أو نشاط قصير (البازل) أمام الطفل وبمجرد انتهائه منه أعد اللعبة أمامه مرة أخرى.

وبالتدريج تستطيع أن تطلب منه أن يضع اللعبة وحده على المربع الورقي لحين الانتهاء من العمل داخل الفصل.

نجاح هذه الوسيلة يعتمد على إدراكه أن اللعبة متواجدة في مكان خاص إمامه بغض النظر عن بعدها أو قربها منه فقط هي الشيء المفضل لديه وما زالت في مجال بصره وسيجدها إمامه وفى متناول يده مرة أخرى فقط عند انتهائه من العمل .

المشكلة (٥): الالتصاق بالأم (في رقبتها أو يدها).

التحليل:

الطفل هذا يتميز بالتكرارية وليس من السهل تغيير عاداته لأنه لا يتغير وحده والمشكلة هذه تمكن في الالتصاق المعنوي والمادي بالأم وربد من تقليلها بما لا يدعه يفقد الشعور بالانتماء للأم.

الهدف:

مساعدة الطفل على تغيير سلوك الالتصاق مع الاحتفاظ بالقرب المادي من الأم.

وسيلة التدخل :

هناك عدة وسائل منها:

١. رفض حمل الطفل.
٢. تعليمه ألعاب ومهارات اجتماعية جديدة تمنحه الشعور بالالتصاق مثلا عندما يريد أن يحمل اجلس بقربه على الأرض أو السجاد وأعطيه حضن وبعد ذلك دعه يلعب لعبة اجتماعية مثل إخفاء وجهه ودائما غنى له وابتسم وكافئه وفى العناية ساعده على اللعب بلعبة المفضل لبعض دقائق وحينما يرفض أن يسير ويريد أن يحمل لا تحمله امسك يده أو ضع ذراعك على كتفه وإذا رفض السير مرة أخرى ابتعد عنه وعد وحاول مرة أخرى. ساعده على يأتي إليك بالإشارة باليد أو عند رؤية مكافأة في يدك في البداية سيكون غير راضى عن ما يحدث ولكن الاستمرار في هذا الأسلوب سيساعده على تغيير سلوكياته.

السلوك الخامس: سلوكيات مفتقدة:

المشكلة (١): قصر مدى الانتباه والاندفاعية

التحليل:

حينما يبدى الطفل عدم القدرة على البقاء جالسا أثناء الوجبات، الحمام قضاء الحاجة أو ارتداء الملابس دون إدراك أن ما يفعله خطأ. كل هذه السلوكيات تعنى قصر مدى الانتباه وعدم القدرة على التحكم في الاندفاعية في السلوك. الحرص على إطالة الانتباه وكمية الوقت الذي سيقضيه مع نشاط معين قبل الانتقال لنشاط آخر مهارة أساسية ضرورية لإحراز التقدم في اللغة، العناية بالذات والتحضير للالتحاق بالمدرسة.

القدرة على زيادة مدى الانتباه والتحكم في الاندفاعية يحدث بصورة أفضل أثناء الأنشطة التعليمية القصيرة والمحددة الخطوات والتي يعلم جيدا فيها ما الذي يجب أن يفعله، وأين يفعله وما الذي سيحدث بعد ذلك. التنظيم الواضح لخطوات العمل ثم اللعب سوف يعلمه ما الفرق في الوقت بين أن يفعل ما يريده وبين أن يتحكم في فرط الحركة.

الهدف:

زيادة وقت الجلوس والانتباه من ٢ إلى ١٥ ثانية.

وسيلة التدخل:

على المدرس ترتيب مكان العمل بحيث يرى الطفل ما الذي سيفعله وما الذي سيلعب به.

ابدأ بنشاط بسيط تعلم أن الطفل يستطيع أن يفعله (لوحة الأشكال الأربعة مثل). ضع اللوحة على المائدة وانزع قطعة وأعطها للطفل كي يضعها في مكانها. ادعوه للمائدة وساعده على الجلوس، ووجهه لوضع القطعة في مكانها. عند تنفيذ الأمر كافئه بحلوى. بعد ذلك أعطه الأمر للتوجه لمكان اللعب. بعد ثلاثين ثانية، ادعوه مرة أخرى لإعادة النشاط وفى هذه المرة انزع قطعتين من اللوحة وكرر المكافأة عند تنفيذ النشاط

وكرر الدعوة للذهاب للعب. إذا استطاع الطفل اعتاد أداء هذا النشاط الروتيني (حوالي ٦٠ محاولة) زد النشاط ينزع قطعتين. علمه أن يضع كل القطع في مكانها وكافئه كالعادة ودعه يذهب للعب. بهذه الطريقة تستطيع زيادة مقدار العمل الذي يؤديه قبل الانتهاء من كل خطوة. لا تتحرك لهدف أطول (ثلاث أو أربع قطع من لوحة الأشكال) إلا بعد التأكد من أداء الطفل للنشاط دون احتياجه للدعم من جانبك.

المشكلة (٢): غياب الدافع عن تغيير الأنشطة أثناء العمل داخل الفصل.

التحليل:

تعنى هذه المشكلة اعتماد الطفل على المدعمات بصورة مستمرة أو الإشارات من المدرس على الرغم من فهمه للخطوات وفى هذه الحالة فأنه يجلس ينظر للمدرس أو للسقف دون أن يبدى استعداده للعمل. هنا قدرة الطفل على البدء أو المبادرة في التغيير من نشاط لآخر أساسية لتعلمه مفهوم العمل والتأقلم مع التغييرات البيئية المحيطة في المستقبل، وهذا يستطيع المدرس ابتكار نظام للمكافآت مما يدفع الطفل للمبادرة أثناء روتين اليوم الدراسي دون الاحتياج لتنبيه من الآخرين.

الهدف:

الانتهاء من مهمة والبدء في مهمة أخرى دون إشارات أو تنبيه من المدرس.

وسيلة التدخل:

ابدأ بعمل نظام للمكافآت (البونص) للطفل بحيث يتلقى مكافأة واحدة في كل مرة يضع فيها المهمة ألمنتهاه جانبا ويبدأ مهمة أخرى دون التنبيه من قبل المدرس .

في البداية يمكن تنبيه مجموعة الأطفال ككل دون النظر لطفل بعينه وضع صندوق المكافآت أمامهم وكل مرة يبدأ فيها الطفل بالمبادرة دون أية تنبيهات رضع مكافأة في صندوق أو مثلا Sticker على يديه وهكذا.

في البدء تستطيع إعطائه عشرة دقائق وقت حر لكل ثلاثة بونصات وتستطيع زيادة البوانص بالتدريج ليكتسب مزيدا من الوقت الحر.

المشـكـلـة (٣): فـقـدان الاهـتـمـام أو الـرغـبـة في الاقـتـراب مـن الآخـريـن

التحليل:

حينما يبدى الطفل التوحدى عدم الاستجابة أو الرغبة لتصرفات الآخرين الخاصة بالعطف أو الحنو المادي مثل الأحضان أو القبلات أو حتى أجلسه على ساقيه كل هذه السلوكيات توحي بأن الطفل لا يدرك أن الأسلوب المادي في التعبير عن المشاعر له دور في الاحتكاك مع الآخرين ويعد ممتعا في نفس الوقت. ولهذا لأنه عادة ما يرفض ذلك أو لا يبدى أي انفعال تجاهه، لذا فالبرنامج مبنى على ربط هذا الاقتراب المادي بشيء محبب للطفل.

الهدف:

مساعدة الطفل على اكتساب الاستمتاع باقتراب الآخرين المادي منه.

وسيلة التدخل:

أثناء اللعب مع الطفل على الأرض مثلا، امسك بشيء محبب لديه (مثل حبل أو قلم أو ورقة أو حتى حلوى) وضعها في مجال انتباهه. وحينما يقترب منك، استلق على الأرض وضعها على صدرك وحركها بحيث يقوم الطفل بتسلق صدرك كي يجدها وحينما يمسك بها أعطه حضن أو قبلة.أيضا يمكنك إخفاء الشيء المحبب داخل أحد جيوبك وهو يراك واعد يجلس على ساقيك ليبحث عن الشيء المحبب له أعطه حضن أو قبلة أو تربيت على الكتف ودعه يلمسك أطول فترة ممكنة يريدها هو كي يشعر بالدفء العاطفي من الاقتراب المادي أثناء حصوله عما يرغب.

المشكلة (٤): الاندفاعية في تحريك الأشياء قبل صدور الأوامر:

التحليل:

الاندفاعية في السلوكيات أثناء الدراسة وعدم الإنصات للتوجيه أو التخطيط لها اثر كبير على المسار الدراسي للطفل وحتى حينما يعطى الأوامر بإبقاء يديه تحت المائدة لحين إصدار الأوامر فانه لا يطيع ذلك وهذا لأنه لا يدرك أمر الإنصات ضروري قبل التصرف والغرض من الإنصات توظيف المعلومة المعطاة والتخطيط للحل السليم. لذا فأسلوب التدريب المبنى على ثلاثة مفاهيم: "انتظر – أنصت – فكر "

لم يستطيع أن يزيد من قدرته على التحكم في نفسه والحل الأساسي هو إعطاؤه الشعور بالفشل حالا وقت فشله في الإنصات حتى يتم الربط بينهما.

الهدف:

تعليم الطفل أن ينصت وينتظر ويخطط قبل الوصول لشيء.

وسيلة التدخل:

خذ أربعة أكواب من الورق وعلى قاعدة كل واحدة الصق صورة تمثل أحد الأفعال الغرض تعليمه إياها (الطفل يجرى – الطفل يمسك الكرة – الكلب يجرى – الكلب ينبح).

اقلب الأكواب ورتبها في صف ضع عملة تحت واحد من الأكواب بحيث لا يراها الطفل الآن اخبره آن العملة تحت الكوب كذا .... إذا التقط العملة من تحت الكوب المحدد أعطها له، إذا فشل لا تعطه شيئا واخبره بإعادة المحاولة وهكذا واستمر حتى يستطيع أن يلتقط أربعة عملات لا تقل له انتظر أو اسمع لابد وان يدرك بنفسه أن هذا الانتظار والإنصات شرط أساسي للحصول على العملات أو أي شيء محبب هذه الوسيلة تحتاج لطفل فوق سن الخامسة ولديه مستوى معقول من الحضور والانتباه وعلى قدرة على التعاون حينما يريد ذلك.

المشكلة (٥): عدم القدرة على النظر للآخرين أثناء التحدث

التحليل:

أحد سمات التوحد فقدان التواصل غير اللفظي مع الأشخاص المحيطين ومثال ذلك النظر في عيونهم أو إلى وجودهم أثناء التحاور معهم.

الهدف:

تعليم الطفل التواصل غير اللفظي مع الآخرين من خلال النظر إليهم.

وسيلة التدخل:

ابدأ بتدريب الطفل على النظر إليك أثناء جلسات التدريب على لغة الاستقبال والتخاطب (بسؤاله أسئلة مثل ماذا، من، أين عن صور). اظهر له الصورة وقل له "قل لي من يلعب الكرة" وبسرعة اقلب الصورة حتى لا ينظر إليها واعد الجملة " قل لي " وحينما يعطيك الرد دون النظر إليك أو النظر لأسفل أو بعيدا اعد الجملة "قل لي" وادر وجهه ناحيتك. لا تكافئه على إجابته حتى ينظر إليك ولو لفترة قصيرة في الأول. إذا حاول التواصل معك بألفاظ مثل " مش عايز أنا عايز العب " لا تستجيب حتى ينظر إليك.

لا تستعمل أسلوب لمس الخد برفق وإنما إدارة الوجه بأكمله. إخفاء الصورة بسرعة يتدخل في تفضيله النظر لأسفل وتأخير المكافأة عليه يكسبه عادة النظر في وجوه الآخرين. تكرار هذه الأنشطة يساعده على اكتساب العادة السليمة خلال اليوم بأكمله .

المشكلة (٦): الاندفاعية في أخذ واحتواء الأشياء

التحليل:

الثورة على روتين اليوم الدراسي قد تتمثل في أخذ الأشياء باندفاعية والاحتفاظ بها أو إلقائها وكل هذه السلوكيات لابد من تقويمها لمساعدة الطفل على الالتزام بالنظام أثناء مهارات التعليم.

الهدف:

تعليم الطفل عدم الاندفاع في التقاط أو أخذ الأدوات.

وسيلة التدخل:

رتب الأدوات الدراسية على المائدة بحيث تجد ما تحتاجه فقط ولا تدع له فرصة لأخذ شيء ضع أمامه طبقين أو صينيتين. **احتفظ في يدك بمكافأة حلوى أو ما شابه اعد الخطوات التالية حتى ينتهي العمل:**

١. قل للطفل (أيديك تحت على المائدة) وانتظر حتى بجده ينفذ الأمر بهدوء وينظر إليك.
٢. ضع شيء واحد فقط على المائدة وقل له ضعها مكانها في الطبق وعندما يضعها في الطبق غطها بيديك حتى لا يلتقطها مرة أخرى وإذا نفذ ذلك قل "برافو" "أيديك تحت."
٣. إذا وضع يديه على فخذيه أعطه مكافأة حلوى واشكره على أداء المهمة "شاطر."

هذه الوسيلة ناجحة لأنها تعلم الطفل ماذا يفعل بيديه وتعلمه أن لا مجال للعلب أو للحلوى حتى يستطيع تنظيم أفكاره وحضوره بحيث يمكنه التحكم في يديه وهذا في حد ذاته كفيل بالتحكم في اندفاعية في أخذ الأشياء.

المشكلة (٧): غياب الدافع – انتظار الطفل بسلبية:

التحليل:

تماما مثل المشكلة رقم (٢)

وسيلة التدخل:

ضع لعبة الفقاقيع بجانبك وأعط الطفل طبق به خرز وحيل. ساعد الطفل على لضم الخرزة الأولى. دعم الطفل لأداء الخرزة الثانية ثم قل "خلاص" ابعد الخرز والحبل وأعط الطفل لعبة الفقاقيع

اعد المحاولة مع تغيير الخرز بخرز آخر والآن لا تدعم الطفل فقط قل "انتهى من الخرز ثم أعطيك اللعبة"

إذا نجح الطفل في لضم خرزتين أعطه ثلاث خرزات وهكذا.

نجاح هذه الوسيلة يعتمد على البدء بهدف قصير وبسيط جدا مع التدرج وخلال هذا الأسلوب يتعلم الطفل أنه لكي يجد ما يفضله من لعب مرتبط بتحقيق أهداف دون الاحتياج لمدعمات من الآخرين.

الفصل السادس

طرق تنمية مهارات التواصل عند الطفل التوحدي

مستوى ما قبل الكلام:

الاقتراحات التالية تنطبق على الأطفال الذين هم في مستوى ما قبل الكلام من التواصل :

١. **استخدام الألعاب:**

إذا لم يكن الطفل قادراً على الاتصال بعفوية (لا يخرج أصواتاً، لا يستخدم الإيماءات، ولا يتواصل بصرياً) فإن استخدام الألعاب يكون ذا فائدة للطفل من خلال دمج الطفل في الألعاب مثل افتح يا سمسم و اللعب التركيبية ..الخ.

٢. **العاب مبادلة الأدوار:**

هذه الألعاب تحفز التواصل عند الطفل ، ومن الأمثلة على تلك الألعاب والأنشطة التي تشجع مهارة مبادلة الأدوار لعبة دحرجة الكرة و أدفع السيارة إلى الأمام وإلى الخلف وعند تعليم الطفل على مبادلة الأدوار يجب أن تكون المسافة بين الطفل والبالغ قصيرة قدر الإمكان.

وإذا ما اظهر الطفل اهتماماً بأي لعبة من العاب مبادلة الأدوار فا بدأ بها ، في حال عدم استمتاع الطفل بأي من الألعاب يمكننا البدء بلعبة الكرة وعند دحرجة الكرة للأمام والخلف أجلس على الأرض مباعداً بين قدميك وضع الطفل في نفس الوضعية وقريباً منك ، قم بالعد ٣،٢،١ ثم دحرج الكرة باتجاه الطفل و تأكد من أنها ستصله بهدوء ثم ضع يدي الطفل على الكرة وضع يدك على يده وقم بالعد ودحرج الكرة باتجاهك وأنت جالس أمامه ،شجعه على ذلك حاول تدريجياً زيادة عدد مرات مبادلة الدور.

تشـجيـع الـتـفـاعـل الاجـتـمـاعـي:

من أجل تشجيع المشاركة في التفاعل الاجتماعي العب مع الطفل ألعابا مثل بعينية ، البحث والتخفي ، والهدف من ذلك أن نجعل الطفل يبدأ باللعب . عند اللعب مع الطفل لعبة Peek A-boo والتي يقابلها بالعامية (بعينية) يجب تغطية الوجه بغطاء والتأكد من أن الوجه قريب جداً من الطفل، فإذا أبعد الطفل وجهه عنك أثبت على موقفك واتبعه ، كرر العملية، ناد على اسم الطفل وعزز أي مظهر من مظاهر التقبل لديه. يجب استخدامنفس قطعة القماش دائماً كونها مؤلفة للطفل حيث يربط الطفل في عد ذلك بين وضع القماش على الوجه و بدأ اللعبة .

١. **التحية و الترحيب:**

الذي يوجه لمجموعة واسعة من الناس الحقيقيين و الدمى المتحركة والحيوانات، لوح بيدك مودعاً للألعاب بعد الانتهاء منها . امسك يد الطفل ولوح بها لتعليم الطفل الإيماء عند الوداع مضيفاً عبارات باي .. باي.

٢. **استخدام الإيماءات:**

قد يحاول الطفل مسك يدك أو قيادتك لما يريد أو لشيء يريده أو يحبه، قاوم ذلك التصرف واسحب يدك و أسئلة ماذا تريد ؟ مستخدم الإيماءات المبالغ فيها.

استخدام أصبع الطل ويده للإشارة لذلك الشيء وامشي بجانبه باتجاه الشيء المراد.

٣. **التعليق:**

يبدأ التعليق من الطفل في مراحل مبكرة عن طريق تشجيعه على الإشارة على الشيء الذي يحبه . استخدم يد الطفل للتأشير على شيء مضحك رابطاً إياه بقبولك مضحك و هكذا.

إن الوسائل الغير مألوفة للاتصال كالصراخ و الرمي يمكن تغييرها إلى وسائل مألوفة: فعلى سبيل المثال إذا قام الطفل برمي لعبة لإيقاف اللعب نموذج أمامه وسيلة مألوفة تقليدية بتحريك رأسك قائلا.لا. اربطه حركة الرأس (الهز) مع صوت العلة ..أ.. و إذا كان الطفل غير قادر على إنتاج صوت العلة حاول صوتا آخر مع هز الرأس فالإيماء مع بعض الأصوات يعتبر مستوى أعلى من التواصل بالإيماءات وحدها.

٤. **خلق الفرص لبدء التواصل مع الطفل:**

و يتحقق ذلك من خلال:

- وضع مواد أو لعبة مرغوبة عند الطفل على رف عال بعيدا عن متناول يده لتحفيزه على الطلب.
- ضع مجموعة من الألوان على طاولة متعمد و قل "لا...لا"ساعد الطفل على النظر إلى الخطاء ، كرر الموقف و استخدم العبارة مرة أخرى.
- ضع الأشياء المرغوبة للطفل في وعاء بلاستيكي شفاف و أعطه للطفل.
- يتواصل الطفل ويتفاعل عندما يحدث تغيير في بيئته مثل تحريك الأثاث أو اختفاء لعبة مفضلة للطفل . وغير ذلك.
- عندما يحين وقت المغادرة ظاهر أن الباب مقفل و أنك لا تستطيع الخروج.
- أعمل على جعل عملية مبادلة روتينية ثلاث أو أربع مرات متتالية ثم افعل الشيء غير المتوقع.

٥. **التواصل البصري:**

يجب تشجيع التواصل البصري على جميع مستويات التواصل ضع الجسم المرغوب فيه أمام عينك قبل إعطاءه للطفل مما يسهل عملية التواصل البصري.

٦. **تعليم نفس الكلمات في نفس الوقت استيعاباً و لفظاً:**

فعلى سبيل المثال:

الأب: أين البالون ؟

الطفل: ينظر أو يشير إليه.

الأب : (بالون) وينتظر أن يعيد الطفل ورائه ولو مقطعاً بسيطاً من الكلمة.

٧. **التحدث الطفل بنفس مستواه البدني:**

وذلك من خلال الجلوس أو الانحناء حتى تكون على مستوى نظر الطفل.

٨. **التدريب على مهارات اللغة الاستقبالية:**

- علم الطفل أتباع التعليمات المركبة من خلال جلسة اللعب ، فعلى سبيل المثال احضر الكرة أو لا وبعد ذلك احضر الكرة و الحذاء.
- علم الطفل أن يستجيب لاسمه و هو يلعب.
- نوع في طريقة عرض التعليمات على الطفل مثل ضع الورقة في سلة قمامة مقابل القي بها بعيداً.
- أعطي الطفل وقتاً كافياً لفهم ما تقوله يطبق هذا الجزء على الطفل القادر على استعمال الكلمات، والهدف الرئيسي هو مساعدة الطفل على زيادة اللغة وابتدأ الكلام بعفوية، وليس فقط الاستجابة لتوجيهات وأسئلة الآخرين فقط حاول استخدام هذه الاقتراحات والنصائح لمساعدة الطفل على زيادة القدرات الكلامية والمباشرة الغوية التي ينتجها بنفسه

١. **زيادة لغة المبادرة الذاتية (اللغة التي يحتاجها الطفل)**

من الأمثلة على تحفيز الطلب اللفظي الذاتي لشيء بدون أسئلة – والتي يجب أن تقلل قدر الإمكان – فإذا افترضنا بأن لدى الطفل على قول " كمان حلوى" من خلال برنامج منظم أو محتوى معين لكنه غير قادر على الثبات **في استخدامها نحاول معه ما يلي:**

نقوم بإعطاء الطفل حلوى معينه يفضلها (المصاص) و بالتالي تكون الاستجابة المطلوبة من الطفل كمان حلوى ، ثم نجعل بقية الحلوى في مكان بعيد عن متناول الطفل ونحاول منعه من الوصول إليها ننظر إلى الطفل كأننا نقول له ماذا تريد؟

(بدون كلام) ثم ننتظر فإذا بكى الطفل واصدر بعض الأصوات وعبر عن إحباطه لكنه لم يستخدم الكلمات للطلب، نقوم برفع الحلوى بيد ونشير باليد الأخرى، ننادي أسم الطفل عند التأشير للحلوى فذلك يساعد على جذب انتباهه ونشعره بأننا نتوقع منه شيئا وننتظر ردت فعله، إذا لم يستخدم الطفل الكلمات ، قرب الحلوى إليه (بحيث لازالت تبقى بيدك) وأشر إليها ، حاول وكأنك تصدر الصوت الأول من الكلمة المطلوبة-لكن بدون كلام – وأنتظر ، إذا لم يستطيع الطفل الكلام اعد المحاولة ناطقا الصوت الأول من الكلمة بصوت خافت ح ح ح ، إذا لم يكن هناك استجابة حفز الطفل أكثر بزيادات الأصوات الأخرى من الكلمة حتى إذا نطق الطفل الكلمة ، أو جزءاً منها عززه مباشرة.

ابدأ مره أخرى ، أعطي الطفل الطريقة الأبسط في التلقين اللازمة لإنتاج الاستجابة اللفظية مثل الصوت الأول من الكلمة المطلوبة . ومن الأفضل نمذجة الإجابة مباشرة.

أعد المهمة أمام الطفل عدة مرات فهذا أفضل من استخدام الأسئلة المباشرة.

٢. **خلق مواقف للاتصال (طلب تنفيذ مهمة معينة)**

هناك العديد من الأفكار من اجل تصميم مواقف تساعد على تطوير التواصل عند الأطفال الذين هم في مستوى الكلمة والكلمتين ، فمثلاً إذا كان الطفل عطشانا أو يريد ماءا ، فبدلا من إعطاءه كوب من الماء ضع أمامه زجاجة ماء مغلقة وانتظر منه أن يقول شيئاً مثل افتح أو ساعدني ، تذكر تجنب الأسئلة المباشرة ماذا تريد ؟

عند الضرورة استخدم التلقين بالصوت الأول من الكلمة ثم زد عليها من الأصوات الأخرى من الكلمة مستخدما نفس المبدأ السابق والذي يعتبر ابسط طريقة في التلقين، حاول نفس الخطوات باستخدام برطمان الحلوى مثلاً. وهكذا.

إذا أراد الطفل أن يرسم أعطه ورقة، دون أن تعطيه ألوان التلوين أو العكس، أعطه ألوان دون الورقة، انتظر، لا تسأل أسئلة مباشرة، إذا لم يقل الطفل شيئا ارفع المجسم الذي أمامه وحفزه على نطق الكلمة.

من الممكن محاولة ما يلي:

- أعطي الطفل العشاء دون الملعقة أو الخبز.
- ضع الطفل في حوض الاستحمام دون ماء.
- أعطي الطفل زوج الأحذية و جورباً واحداً للبسهما.
- قف أمام الباب دون فتحه.
- امسك كتاب الصور بالعكس.
- أعط الطفل كوبا فارغا عندما يكون عطشانا.

٣. **تحفيز التعليق و الاعتراض:**

يفضل التركيز على المواقف الغير اعتيادية فمن الممكن أن تساعد على تحفيز التعليق عند الطفل. وقد تحدث هذه المواقف فجأة أو قد تكون مصطنعه، فعلى سبيل المثال إسقاط مواد على الطاولة فجأة وبالتالي يمكن استخدام كلمة أو كلمتين في هذا الموقف مثل سقط أو سقط تحت ومن **هذه المواقف:**

- حاول اخذ شيئا من الطفل واخبره أنه لك وشجعه على الاعتراض.
- بينما الطفل يشاهد ضع الحذاء في خزانة الملابس وأعطه الفرصة ليعلق بقولة (هذا خطأ) إذا لم يستطيع ذلك نمذج بينما تهز رأسك بكلمة "لا" مع وجه ضاحك ساخر هذا خطأ مدللا على سخافة الخطأ.
- ضع لعبة مألوفة بنفس الطريقة الخاطئة.
- إذا أشار الطفل بأنه يريد حليباً قم بصب القليل من الحليب وأعطه للطفل ثم أنظر إلى داخل الكوب وانتظر ونمذج أمامه التعليق "ليس كافيا" باستخدام تعابير مبالغ فيها أضف كمية أخرى وانتظر.
- يمكن استخدام عبارة "لم يبق شيء أو انتهى كل شيء" في مواقف مختلفة فعلى سبيل المثال أن نعرض على الطفل علبة حبوب فارغة أو نضع الماء في حوض الاستحمام ثم نقوم بإفراغه.الخ.

- ضع القطع التركيبية في مكان خاطئ.

٤. **استخدام الإشارات و تعابير الوجه:**

يمكن استخدام العديد منم الزجاجات في العلب والأبواب والأغطية سهلة الفتح لتلقين ونمذجة تعليق مثل "مغلقه" **متبعاً ما يلي:**

- ضع علبة الفقاعات المائية المغلقة بإحكام أمام الطفل واطلب منه أن يقوم بفتحها إذا حاول الطفل وفشل بفتحها ثم قام بأعطاءها لك حاول أنت فتحها بصعوبة وقل مغلقة مستخدما تعابير ضاحكه فالأطفال يحبون هذه الطريقة التعليمية. أعط الطفل الزجاج ليحاول فتحها مره أخرى إذا لم يقل مغلقه قلها أنت وحاول تكرار الأمر في مواقف مختلفة من أجل تسهيل عملية التعميم ويمكنك استخدام الأمثلة التالية: باب مغلق غطاء معجون الأسنان وغيرها.
- أن الاستخدام المناسب لإجابات "نعم" عادة ما يكون متأخر لدى الطفل المصاب بالتوحد أسئل الطفل هل تريد هذا ؟ و أنت تمسك شيئا بيدك مع معرفتك أن الطفل يحب هذا الشيء فإذا أعاد ورائك "نعم" فيجب عليك أن تجيب فوراً هذا هو يمكننا هنا استخدام حركات الجسم وتعابير الوجه التي تدل على الاستجابة الصحيحة (حركات الجسم و الذقن و الحواجب لأعلى و أسفل).
- أن بعض الإيماءات المحددة تعتبر مفيدة في تشجيع الطفل في تعلم الكلمات الصعبة فعلى سبيل المثال الضمائر و من أجل تعليم الطفل ضمائر مثل أنا أو ضمير المتصل (ي) أمسك بيد الطفل و ضعها على صدره ثم نمذج عبارة " أنه دوري" و من الممكن إعطاء العبارة كاملة أو جزء منها و مثال آخر على ذلك أسئل الطفل لمن هذه القبعة ضع يده على صدره و لقنه " لي" أو " أنها قبعتي " عندما تعلم الطفل أن يقول أنت أو كاف المخاطبة امسك يد طفلك و ضعها على صدرك وردد عبارة" دورك" مرة أخرى حفزه بوضع يده على صدرك و لقنه عبارة "دورك" يعتبر

استخدام أسلوب " دوري و دورك " من أفضل اللعب الناجحة مع اللعب الذي يتطلب مبادلة الأداور ومن الأمثلة على ذلك لعبة التخفي حيث يخفي الأب شيئا و يقوم الطفل البحث عنه مع ضرورة نمذجة " عبارة دوري و دورك " مع استخدام الإيماء المناسب كما ذكر سابقاً عندما تدرب الطفل على مفهوم الطلب (أعطني) حاول تطبيق **الإشارات التالية** :

مد يدك وافتحها أمام الطفل ثم انظر إلى الأسفل و كأنك تقول أعطني و بعدها اسحب يدك إلى صدرك بسرعة و أغلق كفك فعلى سبيل المثال إذا طلب الطفل تفاحة نمذج أعطني تفاحة بالإيماءات السابقة.

٥. إن مبدأ التوسع هو طريقة فعالة لمساعدة الطفل على التطور إلى المستوى اللغوي المعقد اللاحق ، فعندما يقول الطفل كلمه معينه أضف إلى ما يقوله كلمة واحدة لتطوير المستوى اللغوي ثم انتظر و اشعر الطفل انك تريد منه أن يعيد الكلام الذي قمت بإضافته.

الطفل: لاحظ قطة و قال : قطة الأب : قطة كبيرة (استخدم الإشارة كدليل على كبر الحجم).

- **الطفل:** قطة كبيرة.
- **الطفل:** حليب.
- **الأب :** أريد حليباً.
- **الطفل:** باب.
- **الأب :** افتح باب.
- **الطفل:** جاءت أمي.
- **الأب :** جاءت أمي هنا.
- **الطفل:** جالس.
- **الأب:** الطفل جالس على الكرسي.

استخدام التأشير يمكننا من توفير مثير بصري بدلا من اللفظي ، المثيرات البصرية الإيماءات مشجعه أكثر من هدف الكلام الحقيقي ، ويستخدم التأشير لجذب انتباه الطفل لجسم محدد نريد منه أن يراه.

لنفرض أن الهدف اللفظي المراد تحقيقه هو (أريد مقصاً) خلال الرسومات الفنية أو الأعمال اليدوية نقول للطفل (إن الورقة كبيرة) ثم انتظر ردة الطفل، وإذا بقى صامتا يجب أن تشير إلى المقص أو إذا كان من الضروري حمل المقص والإشارة إليه بتلميح أقوى للقرض (أريد مقصاً).

٦. التعليق من الأمثلة على استخدام أولياء الأمور للتعليق كبديل للأسئلة **والأوامر من أجل تطوير اللغة عند الطفل** :

- بينما يقوم الطفل بالرسم يقوم الأب بالمراقبة و يقول رسم .
- بينما يضع الطفل الدمية في السرير ، يقول الأب اللعبة تنام.
- بينما يرمي الطفل الكرة ، يقول الأب : ارم الكرة.
- يجلس الطفل ، يقول الأب : جلس.
- إذا رمى الطفل اللعبة ، يقول الأب سقطت.

ومن خلال التعليق على ما يفعله الطفل ، فنحن نتحدث عن الأفعال الحاضرة مثل (هنا والآن) وهذا مهم لأن اكتساب اللغة يبدأ بالحديث عن الأمور الحالية. وليس عن الماضي أو المستقبل، فالمستقبل والماضي لا يغنيان الطفل كثيراً ، فهو يعيش هنا والآن لذلك يتحدث عن الحاضر.

٧. **الاختزال:**

إن الهدف من تقصير طول الجملة والتقليل من التعقيد النحوي في لغة البالغين هو زيادة الاستيعاب عند الطفل وتوفير نوذج بسيط يسهل على الطفل تقليده، فعلى سبيل المثال بدل القول (حضر والدك إلى المنزل) قل (بابا بيت) فهذا يسمى باللغة التلغرافية.

و في بعض الأحيان يكون أولياء الأمور قلقين عند استخدامهم للغة التلغرافية لأنهم يخشون أن تأثر على التطور اللغوي لأطفالهم ، و هذا ليس صحيحا، فعندما يستطيع طفلك قول (بابا بيت) نعمل على زيادة المستوى اللغوي.

٨. استخدام نبرة و علو و مستوى كلامي مبالغ فيه:

يمكن التدريب على التحية باستخدام نبرة صوت عالية باي (مع السلامة (مصاحبة بالتلويح باليد و ابتسامة عريضة مرفوع للحاجب ، فعبارة باي .. باي مع السلامة يمكن أن تغنى بحيث يكون الجزء الأول منها أعلى من الجزء الثاني ، مع محاولة جذب انتباه الطفل عن طريق الإطالة في العبارة و عادة ما يستجيب الأطفال المصابين بالتوحد للموسيقى ، لهذا فمن المفيد استخدام الغناء أو الأناشيد في تشكيل الكلمات الأولى للطفل . فالنبرة والنغمة تجعل الكلمات أكثر متعه للطفل (دوري، دورك هو شبه جمل للنمذجه عن طريق غنائها) وتعود النغمة إلى إيقاع الكلام ، ففي بعض الأحيان يكون كلام الطفل ذا وتيرة واحدة ، ومن الممكن تحفيز النغمة عن طريق استخدام نغمات مبالغ فيها تتبع جمل الطفل ذات الوتيرة الواحدة ويجب عمل ذلك باستمرار ومن قبل أي شخص يتعامل مع الطفل ، ومن الممكن استخدام التعزيز في حال لم يكن كلام الطفل على وتيرة واحدة ،كأن يقول الأخصائي (أوه ... استخدمت صوت ضخم ، هذا عظيم).

خلق مواقف للاتصال (طلب تنفيذ مهمة معينة) هناك العديد من الأفكار من اجل تصميم مواقف تساعد على تطوير التواصل عند الأطفال الذين هم في مستوى الكلمة والكلمتين ، فمثلاً إذا كان الطفل عطشانا أو يريد ماءا، فبدلا من إعطاءه كوب من الماء ضع أمامه زجاجة ماء مغلقة وانتظر منه أن يقول شيئاً مثل افتح أو ساعدني ، تذكر تجنب الأسئلة المباشرة ماذا تريد ؟

عنـد الضـرورة اسـتخدم التلقـين بالصـوت الأول مـن الكلمـة ثـم زد عليهـا مـن الأصـوات الأخـرى مـن الكلمـة مسـتخدما نفـس المبـدأ السـابق والـذي يعتبـر ابسـط طريقـة في التلقين ، حاول نفس الخطوات باستخدام برطمان الحلوى مثلاً. و هكذا.

إذا أراد الطفـل أن يرسـم أعطـه و رقـة ، دون أن تعطيـه ألـوان التلـوين أو العكـس ، أعطـه ألـوان دون الورقـة ،انتظـر، لا تسـأل أسـئلة مباشـرة ، إذا لـم يقـل الطفـل شـيئا ارفـع المجسم الذي أمامه وحفزه على نطق الكلمة .

الفصل السابع

العلاج الوظيفي للتوحد ـ ما هو ومن يناسب؟

نحن نستيقظ في الصباح، نفرك أسناننا بالفرشاة، نشرب كوب من القهوة ونذهب إلى العمل. بالنسبة لمعظمنا فإننا نقوم بهذه العمليات بشكل تلقائي. لكن بالنسبة لأولئك الذين يعانون من إعاقات بدنية و/أو نفسية، فان هذه العمليات وغيرها تشكل تحديا كبيرا. العلاج الوظيفي يكون في بعض الأحيان السبيل الوحيد للانتقال من حياة التبعية والخلل الوظيفي إلى حياة الأداء الوظيفي المستقل.

يركز العلاج الوظيفي على مجموعة متنوعة من الأعمال التي يقوم بها الناس في جميع الأعمار، وأهميتها للأداء الوظيفي للإنسان وشعوره بالانتماء الاجتماعي ورفاهيته. وبعبارة أخرى، فالعلاج الوظيفي هو التدخل العلاجي الذي يهدف إلى السماح لكل شخص في أن يمارس مقدرته الوظيفية والعمل بشكل مستقل قدر الإمكان.

وفقا لذلك، يمكن للعلاج الوظيفي أن يساعد في الحالات التالية:

- الأطفال الذين يعانون من تأخر واضطرابات النمو التي تعوق مهاراتهم الحركية، المعرفية والحسية.
- الأطفال الذين يعانون من صعوبات محددة التي تعوق قدراتهم الوظيفية، التنظيمية أو الحركية. ينتمي إلى هذه المجموعة عادة الأطفال الذين يعانون منADHD، اضطرابات في التنظيم الحسي والأطفال الذين يعانون من تأخر محدد في النمو لكنه ليس شاملا (على سبيل المثال، طفل مع صعوبات حركية شديدة/خفيفة لا يعاني من إعاقة حسية أو معرفية).
- البالغون الذين تضررت قدراتهم في حادث، تدخلات طبية أو أمراض مزمنة.
- كبار السن الذين تضررت قدراتهم الوظيفية.
- الأطفال والبالغون الذين يعانون من الإعاقة النفسية التي تؤثر على أدائهم اليومي.

العلاج الوظيفي – الأهداف والعملية:

العلاج الوظيفي، كما ذكر، يهدف إلى توصيل المريض إلى وضع يستطيع فيه أن يستغل كامل إمكاناته الوظيفية بشكل يتناسب مع جيله – بقدر الإمكان، مع الأخذ بالحسبان إعاقته وصعوباته. وفقا لذلك، فان عملية العلاج الوظيفي تبدأ بتحديد الأهداف التي على أساسها يبنى برنامج العلاج الذي **يرتكز على أربعة عناصر رئيسية**:

١. اكتساب المهارات والتدرب عليها: يساعد العلاج الوظيفي المريض على اكتساب المهارات التي تنقصه، وذلك باستخدام استراتيجيات فريدة مناسبة للصعوبات .

٢. إعطاء الواجبات المنزلية: إعطاء المهام للتدرب والتي تعزز وتحافظ على القدرات التي يتم تعلمها في اللقاء نفسه.

٣. ملائمة البيئة للاحتياجات: بناء إستراتيجية لملائمة البيئة لاحتياجات المريض الخاصة لمساعدته على العمل بشكل مستقل. على سبيل المثال، العلاج الوظيفي للشخص بعد بتر يده يركز على ملائمة الشقة للإعاقة الجديدة وتخطيط مشترك لجدول الأعمال وإدارة المهام (على سبيل المثال، إعادة تقسيم الأدوار في المنزل)، بينما العلاج الوظيفي لطفل مصاب بـ ADHD يتركز على تنظيم جدول الأعمال اليومي لمنع حدوث حالة عدم الانتباه التي تحدث عند تحضير الواجبات البيتيه، شراء الملابس التي لا تتسبب في التحفيز الحسي المفرط وهلم جرا.

٤. توجيه الأهل وأفراد الأسرة: إرشاد الأهل أو أفراد أسرة المريض حول كيفية مساعدته على تطوير مهاراته الوظيفية. على سبيل المثال، أهل الشخص المصاب بالفصام يتم توجيههم على تشجيع عمله بشكل مستقل والأداء كشخص بالغ وعدم حمايتة أكثر من اللازم. أهل الطفل المصاب بال ADHD يتلقون مساعدة لوضع برنامج تقوية سلوكي والتوجيه بشان كيفية مساعدة الطفل في الحد من شعوره بالإحباط والصعوبات التنظيمية التي يواجهها.

في الملخص، فان العلاج الوظيفي هو تدخل محدد لإعادة التأهيل يهدف إلى إكساب المهارات والسماح للشخص في التعامل مع إعاقة معينه والعيش حياة مستقلة تحترم استقلاليته وقدراته. على الرغم من أن العلاج الوظيفي يركز على تحسين القدرات الوظيفية إلا انه يوفر تجربة من النجاح، الانجاز، تحسين الثقة بالنفس وتعزيز الشعور بالسيطرة والقدرة.

الـ علاج الوظيفي لتحسين قدرة الطفل على إنجاز الأنشطة في المدرسة والبيت اعتمادا على احتياجاته وظروفه الفردية والتوحد

ما هو العلاج الوظيفي؟

مفهوم العلاج الوظيفي:

هو إحدى المهن الطبية المساعدة، تعنى بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، المصابين بإعاقات جسدية، حسية، حركية، فكرية، عقلية، نفسية أو اجتماعية.. وهي تعمل على تأهيل أو إعادة تأهيل المهارات والقدرات التي تساعد على التكيف الوظيفي والسلوكي للأشخاص وذلك من خلال نشاط هادف. ويتوجه لذوي الصعوبات والإعاقات الفكرية التطورية والتعليميةيزود العلاج الوظيفي الأطفال باحتياجاتهم المختلفة عبر أنشطة إيجابية مرحة لتحسين مهاراتهم الذهنية والحركية والجسدية وتعزيز معنى الشعور بالذات والإنجاز لديهم.

وهو وسيلة علاجية تركز على مساعدة الأشخاص في أن يحققوا الذاتية في كل نواحي حياتهم. صممت برامج العلاج الوظيفي لتحسين قدرة الطفل على إنجاز الأنشطة في المدرسة والبيت اعتماداً على احتياجاته وظروفه الفردية. ويستخدم المعالج الوظيفي أنشطة وألعاباً متنوعة لمساعدة الطفل في تطوير المهارات الضرورية. قد تختلف التقنيات المستخدمة في الجلسات، ولكن التركيز دائماً على التعليم من خلال الأنشطة الممتعة والتي لها دور في تحفيز الطفل أيضاً.

إن الهدف الرئيسي للعلاج الوظيفي:

١- هو تطوير استقلالية الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية.و على أداء الواجبات والأعمال باستقلالية، والحد من اعتماده على الغير.

٢- تحسين قدرات الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية.

٣- دمج الفرد في مجتمعه والتغلب على جوانب القصور أو العجز الناتج عن الإصابة.

أي أنها مهنة تعمل في مجالات.. الوقاية ، والتأهيل ، وإعادة التأهيل ، والتدريب ، والدمج المدرسي والمهني.

ما والفرق بين أخصائي العلاج الوظيفي و أخصائي العلاج الطبيعي؟

أخصائي العلاج الوظيفي:

يهتم ويركز على تنمية المهارات الحركية الدقيقة في القسم الأعلى من الجسم، والتي تعتبر من أكثر جوانب القصور التي يعانيها الطلاب ذوو صعوبات التعلم، والطلاب ذوو الإعاقة العقلية البسيطة، والطلاب الذين يعانون من إعاقات بصرية وسمعية.

أخصائي العلاج الطبيعي:

يهتم ويركز على تنمية المهارات الحركية الكبيرة الخاصة بالجزء الأسفل من الجسم، والتي هي هامة في عملية التنقل والحركة.

وتعتبر برامج العلاج الوظيفي من العناصر الرئيسة التي تستند إليها برامج التربية الخاصة سواء في مدارس التربية الخاصة وفصولها ، أو في مدارس الدمج في التعليم العام وفصوله ، ويقوم بالإشراف على هذا البرنامج أخصائي العلاج بالعمل والذي يرتكز عمله على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية في المدرسة.

ويتم ذلك على النحو التالي:

١- تقويم الحركات الدقيقة في القسم الأعلى من الجسم.

٢- تنمية البراعة اليدوية.

٣- تنمية التآزر الحركي / الحسي.

٤- تنمية مهارات الحياة اليومية.

٥- تنمية قدرة الطفل على التحكم بعضلاته.

٦- التدريب على استخدام الأجهزة المساعدة على التنقل والحركة.

٧- توظيف أوقات الفراغ واستغلالها.

٨- تنمية مهارات العناية بالنفس.

من الذين يمكنهم الاستفادة من العلاج الوظيفي؟

الأطفال الذين لديهم:

١. مسكة القلم غريبة أو غير ناضجة.
٢. ضعف مهارات استخدام المقص.
٣. صعوبة في التعامل مع الأشياء الصغيرة مثل الأزرار.
٤. صعوبة في نقل النص من السبورة في المدرسة.
٥. بطء في عمل الأشياء وإكمال المهام.
٦. ضعف التآزر، مثل
٧. حركات غير متناسقة، صعوبة في تقدير المسافات مثل إلقاء أو إمساك الكرة.
٨. تعثر واصطدام بالأشياء.
٩. صعوبة استخدام كلتا اليدين معاً.
١٠. صعوبة اللبس، كلبس الملابس بطريقة خاطئة، صعوبة في تحديد فتحات الذراع في القميص.. الخ.
١١. عدم القدرة على الوثب، القفز، أو الجري .. الخ.
١٢. عدم النضج في مهارات النسخ.
١٣. صعوبات في العلاقات الاجتماعية.
١٤. بطء في تنفيذ التعليمات الشفهية.

أيٌّ من هذه الصعوبات يمكن أن تؤثر على قدرة الطفل التعليمية والمهارات الجسدية بالإضافة إلى المهارات الاجتماعية العامة والثقة بالنفس.

إذا كان الطفل يعاني من بعض الصعوبات المذكورة أعلاه، كما أن لها تأثير على حياته سواء في البيت أو المدرسة، فالعلاج الوظيفي سيساعده في تطوير مهاراته وتحسين أداه.

كيف يمكن لأخصائي العلاج الوظيفي تقديم المساعدة؟

استخدام الملاحظات الإكلينيكية ومقاييس التقييم المتعارف عليها والمستخدمة بمركز المهارات لتقييم قدرات الطفل (بالنظر إلى نقاط القوة والضعف لديه).

التعرف على المناطق التي يحتاج فيها الطفل للمساعدة.

تطوير قدرات الطفل في هذه المناطق من خلال جلسات العلاج المباشر إما على شكل فردي أو في مجموعات صغيرة. وقد يتضمن التعامل مع الطفل المعالجة المباشرة لتقوية وتطوير المهارات والقدرات لديه، ولتعديل البيئة لزيادة فرص النجاح والاستقلالية، أو تحديد الأجهزة التي تؤدي إلى الاستقلالية.

تقديم النصائح للأهل والمتخصصين والمهتمين بشؤون الطفل.

العلاج الوظيفي هي مهنة صحية معروفة ومتعارف عليها عالمياً، وعادة ما يقضي المعالج الوظيفي ثلاث سنوات كحد أدنى في برامج الدراسات العليا

ما هو دور المعالج الوظيفي؟

ويعمل المعالج الوظيفي على مساعدة الطلاب إما بشكل فردي أو في مجموعات صغيرة أو يعمل كمستشار للمعلم أو للقائمين على تعليم المعاق عقليا وتدريبه.

١. **في التقييم:**

- يقيم مهارات وقدرات الشخص نتيجة صعوبات أو إصابات أو أمراض أو تقدم في السن.
- يقيم البيئة الاجتماعية والإنسانية المحيطة التي يحيا ويعمل فيها الشخص.

- يقيم تأثير الإعاقة على نشاطات الحياة اليومية وإنتاجية الشخص.

٢. **في الوقاية:**

- توجيه وتدريب الشخص المعني وعائلته على طرق وأساليب وقائية.
- المشاركة في الإرشاد والتوجيه ضمن الهيئات والجمعيات الأهلية والمراكز الصحية.
- الوقاية تشمل: التأهيل الحسي، الصحة العقلية، الوقاية من التشوهات، الأمان والراحة.

٣. **في إعداد وتطبيق البرامج العلاجية :**

- يضع الأهداف وخطوات التدريب ويواكب الشخص المعني وعائلته في إعداد وتصميم مستقبله.
- يعمل على إقامة علاقة ثقة ومتابعة نفسية للفرد المصاب.
- يعمل على تحسين وضع الفرد في بيئته من خلال تدريبه على القيام بنشاطات الحياة اليومية في المنزل وفي مكان العمل.
- يقوم بابتكار، تنفيذ وصيانة أجهزة أو أدوات مساعدة وقائية، تأهيلية وتقويمية.
- يساعد على إعادة الدمج المهني، المدرسي، والاجتماعي للفرد من **خلال** :
    - تطوير المهارات التواصلية والتعليمية –الدمج المدرسي.
    - التدريب المهني–الدمج المهني.
    - ابتكار وتنفيذ تعديلات أساسية–هندسية للأثاث، لأماكن السكن، العمل وتنقلا لأفراد.
    - المشاكل التي تتطلب علاجاً وظيفياً والمتطلبات المهنية:أ -
    - الـ مشاكل التي تتطلب علاجاً وظيفياً
    - مشاكل الإدراك (التناسق أو التآزر بين حركة اليد والعين).

- مشاكل حسية (بصرية ، سمعية ، لمسية ، وتعبيريه: ابتسام ، حزن ، فرح، بكاء).
- صعوبات حركة الأعضاء الكبرى (الساقين والجذع).
- مشاكل حركة الأعضاء الصغرى (الأصابع ، الأيدي).
- مشاكل تنظيمية(صعوبات التذكر، وفهم الوقت، والمفاهيم المكانية).
- صعوبات تركيز الانتباه.
- مشاكل شخصية (صعوبة متعلقة بالبيئة المدرسية والاجتماعية).

٤. **في الأمان والراحة.**

حيث يقوم بما يلي:

أ- توجيه وتدريب الشخص المعني وعائلته على طرق وأساليب وقائية.

ب- المشاركة في الإرشاد والتوجيه ضمن الهيئات والجمعيات الأهلية والمراكز الصحية.

المتطلبات المهنية:

- متطلبات جسمية يتطلبها العمل.
- الشروط البيئية الخاصة بالعمل.
- التحضير المهني الذي يتطلبه العمل.

أولا: المشاركة في التعرف على التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ضمن الفريق المختص.

ثانيا: القيام بالتقويم الشامل للتلميذ بهدف التعرف على احتياجاته من خدمات العلاج الوظيفي.

ثالثا: المشاركة في إعداد وتنفيذ وتقييم ومتابعة الخطط التربوية الفردية للتلاميذ.

مثل:

تنمية الاستجابات الحركية من خلال أنشطة اللعب.

١- تدريب التلميذ على المهارات الاستقلالية كتغيير الملابس، والنظافة الشخصية.

٢- تقييم البيئة التعليمية وعمل التعديلات اللازمة لتسهيل حركة التلاميذ وجلوسهم.

٣- تقييم مهارات ما قبل الكتابة ، ومهارات الحركة الدقيقة، والتآزر، وتدريب التلاميذ عليها كل حسب احتياجه.

٤- تدريب التلاميذ على استخدام الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية (حسب الحاجة العلاج المكثف هو علاج متكامل يهدف إلى تحسين القدرات الحركية الأساسية للطفل (الجلوس – الوقوف – المشي.الخ) وكذلك المهارات الحركية الدقيقة لليدين (الأكل –الشرب الكتابة.الخ) وأيضا يهدف إلى تنمية القدرات العقلية والمهارات الأكاديمية واللغوية. بما يساعد الطفل على الاعتماد على نفسه.

يتضمن العلاج الطبيعي المكثف للأطفال العديد من أنواع الجلسات المختلفة كما وكيفا.

أولا: بدله الفضاء يكون الجزء الأساسي للعلاج المكثف ببدله الفضاء لما لها من قدرة لعلاج التأخر الحركي وتشوه القوام وضعف العضلات وزيادة التغذية الرجعية للمخ و كافة مشكلات الشلل الدماغي.

ثانيا: وحدة تقوية العضلات تهدف هذه الوحدة إلى تقوية العضلات بطريقة دقيقة تمنع زيادة النغمة العضلية وتوتر العضلات الذي يزيد مع طرق تقوية العضلات التقليدية أثناء الجلسات مع إلغاء تأثير الجاذبية الأرضية على العضلات.

ثالثا:العلاج مع التحميل الكلى والجزئي للوزن وهو نوعان ثابت وديناميكي يهدف إلى تعليم الطفل المهارات الحركية المطلوبة (الجلوس– الوقوف – القيام و ذلك بالنسبة للنوع الثابت وتعليم الطفل المشي و ذلك بالنسبة للنوع الديناميكي) مع تقليل وزن الطفل بنسب معينة تتراوح من (٢٠% –٣٠% وقد تصل إلى ٤٠% من وزن الجسم) مما يساعد على زيادة التحكم الحركي

رابعـــا : العلاج المائي: تساعد المياه بما لها من خصائص على علاج حالات الشلل الدماغي والتأخر الحركي حيث توفر قوى الترابط بين جزيئات المياه المقاومة الكافية لتقوية العضلات بالإضافة إلى ذلك توفر التدعيم الكافي لأداء المهارات الحركية مثل الجلوس و المشي و كذلك تقوم خاصية الطفو للماء بنوع من التحميل الجزئي أثناء العلاج. وتساعد المياه على زيادة ليونة العضلات بالنسبة لحالات الشلل الدماغي التقلصى و تعتبر بيئة ملائمة لعلاج الطفل التوحدي.

خامســا : برامج التوازن حيث يعانى غالبية الأطفال ذوى الإعاقة الحركية بوجود ضعف جزئي أو كلى للتوازن نتيجة ضعف الإحساس الموجودة بالمفاصل و العضلات أو نتيجة إصابة مراكز التوازن بالمخ. ويعتمد برنامج التوازن على تنبيه الجهاز الدهليزى وكذلك تنمية ردود الأفعال الخاصة بالطفل. وذلك عن طريق العديد من الأجهزة

سادســا:برامج علاج التيبس العضلي: تعانى اغلب حالات الشلل الدماغي من تشنج و تيبس العضلات نتيجة فقدان تحكم الجهاز العصبي المركزي (motor cortex)على الجهاز العصبي الطرفي ((reflex arc) تم تصميم برنامج خاص بهم يهدف إلى جعل العضلات في وضع استطالة مستمرة أثناء العلاج المكثف وأيضا أثناء راحة الطفل وذلك بالاستعانة بعدة طرق (الأوضاع العلاجية المصممة خصيصا لتيبس العضلات – العلاج بالجبس –العلاج بالجل الساخن – الجبائر والأجهزة التعويضية).

ســابعا : العلاج بالأحصنة : تم تصميم وحدة ((hippo therapy خصيصا بالمركز **وهى محاكاة للحصان الطبيعي للمساعدة على:**

- تنمية حواس الجسم المختلفة وتقليل توتر العضلات
- تحسين المهارات الوظيفية للطفل الأساسية والدقيقة.
- تنبيه الجهاز الحلزوني أو الدهليزي.

فوائد برامج العلاج الطبيعي المكثف:

- تحسين القدرات الحركية الأساسية للطفل :الجلوس – الوقوف – المشي – التقلب......الخ.
- تنمية قدرات الحركات الدقيقة للزراعيين : مسك وترك الأشياء اللبس –الأكل والشرب..الخ
- تنمية مهارات الوصول للأطراف العلوية.
- تقوية العضلات الخاصة بمهارات الوصول الخاصة بالأطراف العلوية
- تدريب وإعادة تأهيل الجهاز العصبي المركزيneural plasticity
- زيادة التحكم في النغمة العضلية في الاتجاه الطبيعي من خلال neural plasticity
- تحسين وضعية الجسم لأقرب ما يمكن إلى الطبيعي.
- الوصول إلى القدرة الوظيفية القصوى لدى المريض.
- يعيد الوظيفة الفسيولوجية الطبيعية للمفاصل والعضلات والمحافظة على كثافة العظم
- يعلم النمط الصحيح للحركة.
- ينبه الجهاز الحلزوني(المسئول عن الاتزان أثناء السكون والحركة) .
- تدريب المريض علي استعمال إمكانياته وقدراته القوية للتعويض عن قدراته الضعيفة.
- تدريب المريض على السيطرة علي تشنج العضلات، ونقص التوتر، والحركات اللاإرادية.
- تحسين القدرات الخاصة بالإدراك الحسي.
- يحسن الكلام عن طريق تقوية العضلات الخاصة بالتنفس وزيادة انتباه و أدراك وتركيز الطفل.

تحسّين المهارات الاجتماعية والأكاديمية للطفل:

يعتبر العلاج الوظيفي من البرامج الرئيسة التي تستند عليها برامج التربية الخاصة سواء في مركز التربية الخاصة أو مدارس الدمج في التعليم العام ويقوم بالإشراف على هذا البرنامج أخصائي العلاج الذي يركز في عمله على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية في المدرسة. ويركز العلاج الوظيفي بشكل رئيس على أداء الأطراف العليا الدقيقة في الجسم و خاصة الأصابع واليدين والذراعين .

ويتمثل دور المعالج الوظيفي مع الطفل التوحدي فيما يلي :

- تقويم الحركات الدقيقة في القسم الأعلى في الجسم يركز العلاج الوظيفي في هذا المجال على تحسين وظائف اليد مثل مسك الملعقة أو مسك القلم حيث إن هذه المسكات تتكون من مجموعة من الحركات الدقيقة التي يجب أن يتقنها الطفل في البداية .
- تنمية البراعة اليدوية يتمثل دور العلاج الوظيفي في ذلك من خلال تحسين الدقة اليدوية وتحسين حركة نقل الأشياء من باطن اليد إلى أصابع نفس اليد (In-Hand Manipulation).
- تنمية مهارات الحياة اليومية والتي تشمل مجموعة من المهارات الأساسية مثل :
  - مهارات الطعام.
  - مهارات النظافة الشخصية .
  - مهارات ارتداء وخلع الملابس.
  - تنمية قدرة الطفل على التحكم بعضلاته.

إن أطفال التوحد يتعرضون لضعف في العضلات الدقيقة لليدين وذلك بسبب استخدام العضلات بطريقة غير صحيحة أو نتيجة عدم الاستخدام لذا يكمن دور العلاج الوظيفي في تقوية هذه العضلات حتى يتمكن الطفل من استخدامها بشكل وظيفي.

توظيف أوقات الفراغ واستغلالها يتمثل دور العلاج الوظيفي في ذلك من خلال فتح باب اللعب لدى الأطفال التوحديين وتحفيز قدرتهم على اللعب التخيلي ويتمثل ذلك من خلال زيادة قدرتهم على اختيار اللعبة المناسبة واللعب فيها بشكل صحيح وزيادة القدرة على التخطيط للعب.

- تنمية الاستجابات الحسية هناك نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين يعانون من مشاكل حسية ناتجة عن خلل في النظام الحسي(فرط زائد للحساسية أو ضعف زائد) لذا فان المعالج الوظيفي يستخدم إستراتيجية التكامل الحسي(Sensory Integration) لحل هذه المشاكل وذلك من خلال نشاطات معينه لتحسين قدرة الطفل على التفاعل مع المؤثرات الحسية
- زيادة التركيز والانتباه يركز المعالج الوظيفي هنا على تحسين قدرة الطفل على التركيز داخل الجلسة وتقليل سرعة التشتت من خلال استخدام وسائل وأساليب معدة مسبقا و أيضا من خلال العمل في غرفة المثيرات الحسية .(Sensory Room)

الفصل الثامن

برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاستقلالية لدى الأطفال التوحديين

يعتبر اضطراب التوحد Autism مثار جدل وبحث بين العلماء منذ أن قام بتعريفه الطبيب الأمريكي Leo Kanner ليو كانر سنة ١٩٤٣ حين نشر بحثه الكلاسيكي المسمى بالاختلال التوحدي ، وفيه أطلق مفهوم التوحد الطفولي ، وقد أطلقت مسميات عدة على هذا الاضطراب مثل الاجترارية وا لانغلاق على الذات، وكذلك الإعاقة الغامضة نظراً لعدم توصل الباحثين والدارسين إلى الأسباب الحقيقية التي تكمن وراء هذا الاضطراب، وإلى طرق علاجية ناجحة له.

ويعتبر تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد (٢٠٠٠) من أهم و أحدث التعريفات بهذا الاضطراب والذي نظرت له كنوع من الاضطرابات في تطور نمو الطفل تظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر، نتيجة لاضطرابات عصبية فسيولوجية تؤثر على وظائف المخ، وتؤثر على مختلف نواحي النمو، سواء الاجتماعية والتواصلية، والعقلية والانفعالية والسلوكية، وتستمر هذه الاضطرابات التطورية مدى الحياة، ولكنها تتحسن نتيجة البرامج العلاجية، والتدريبات التربوية المقدمة للطفل.

وتتميز هذه المجموعة بإعاقة كيفية في نمو التفاعل الاجتماعي ، والسلوك الاستقلالي والمهارات الحس حركية ، والأنشطة التخيلية ، إما لأنها لم تنمو بدرجة مناسبة، وإما لأنها فقدت فى مرحلة الطفولة المبكرة ، كما يصاحب ذلك سلوك محدود ونمطى ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات . (أحمد عكاشة ،٢٠٠٥ :١٣٩).

ويعد القصور فى المهارات الاستقلالية من الموضوعات الهامة المؤثرة على سلوك الطفل التوحدى ويزداد هذا الأمر أهمية لدى التوحدى لتأخره فى اكتساب الخبرات الحسية بشكل غير متناسق مع المثيرات البيئية مما يؤدى لمزيد من العزلة الاجتماعية .

يعتمد تصميم أي منهاج على إمكانية تعليمه وتعميمه في مواقع مختلفة وبالأخص البرنامج الذي يصمم للأطفال المصابين بالتوحد، حيث يمكن للطفل المصاب

بالتوحد من رفع كفاءته واستقلاليته في أداء المهارات المختلفة، وبما أن الهدف النهائي هو الاستقلالية فإن البرنامج لابد أن يعكس القدرات الفردية، فمعظم المهارات التى تكتسب في جلسات تدريبية مخطط لها بشكل مسبق هذا التدريب يتم نقله إلى مواقف طبيعية من خلال تعميم المهارة المتعلمة والتي هي مكونات أساسية في تدريب الأطفال المصابين بالتوحد.

لذلك ومن أجل تحقيق هذا الهدف يجب أن يتم تزويد أطفال تلك الفئة بخبرة عملية يتم فيها تعلم المهارات الحياتية الاستقلالية من خلال تتابع روتيني مع التركيز على تبديل السلوكيات غير المقبولة والسلبية والتي تعتبر سلوكيات شائعة بالنسبة للمصابين بالتوحد.

إن مهارات الحياة اليومية هي مهارات مهمة لابد أن يتعلمها الطفل المصاب بالتوحد.

لأن المهارات تساعده على أن يكون قادراً على المشاركة في النشاطات التي تقوم بها العائلة والمجتمع وهذا يساعده و يزيد من استقلاليته اعتمادا على جملة من الإجراءات السلوكية الإيجابية .

لقد زاد التركيز في الآونة الأخيرة على تعليم وتعلم مهارات وظيفية من مثل مهارات الحياة اليومية والتي تشمل إعداد وجبات بسيطة والمشاركة بأعمال المنزل أو ارتداء الملابس والتي تدرس من خلال وضع برنامج مسبق للأنشطة يشمل الخطوات الرئيسية حيث يتم الاستعانة بصور تشرح طريقة الأداء أو مراحل المهارة كي تساعد الطفل على أداء المهارات باستقلالية.

إن اكتساب هذه المهارات يخفف من العبء الملقى على عاتق الأهل ومقدمي العناية وذلك لما يستغرقه أداء هذه المهارات من طاقة ووقت وجهد وهناك حاجة ملحة لتعليم هذه المهارات للأطفال المصابين بالتوحد لكي نسرع من استقلاليتهم واعتمادهم على أنفسهم.

ومن أهم الدراسات التي تناولت تنمية السلوك الاستقلالي لدى المعاقين وعلى رأسهم الأطفال التوحديين دراسة(محمد موسى ،٢٠٠٦) وتهدف الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة فى إكساب الأطفال التوحديين بعض مهارات السلوك الاستقلالي **قياسا بهذا التدريب عند دمجه مع إرشاد الأمهات وذلك إرشاد الأمهات وذلك من خلال :**

١) تقديم برنامج تدريبي يقوم على إعداد جداول النشاط المصورة وتدريب الأطفال التوحديين أعضاء المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية على استخدامها واتباعها بغرض تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لديهم.

٢) إعداد برنامج إرشادي وتدريبي للأمهات يتضمن : كيفية التعامل مع أطفالهن التوحديين من خلال زيادة وعى الأمهات بطبيعة هذا الاضطراب وابعاده.و كيفية إعداد واستخدام جداول النشاط المصورة لمواصلة تدريب أطفالهم (أعضاء المجموعة التجريبية الأولى) في المنزل لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لديهم.

كما أكدت دراسة (منى الزاكى ، ٢٠١٢) على أهمية دراسة العلاقة بين أساليب المعاملة ألوالدي(السوية–غير السوية) للام والأب كما يدركها الطفل المعاق وسلوكه الاستقلالي. وتمثلت عينة البحث ب ١٢٠ طفل معاق إعاقة بصرية أو سمعية واشتملت أدوات البحث علي استبيان البيانات الأولية لأفراد الأسرة واستبيان أساليب المعاملة الوالدية (السوية–غير السويه) من وجهة نظر الأبناء واستبيان السلوك الاستقلالي لطفل المعاق. وأوضحت النتائج عدم وجود تباين دال إحصائيا في السلوك الاستقلالي لطفل المعاق بأبعاده ماعدا بعد الثقة بالنفس تبعا لمستوي أساليب المعاملة السوية للام حيث وجدت اختلافات في مستوي الثقة بالنفس لدي الطفل المعاق تبعا لمستويات أساليب المعاملة السوية للام لصالح المستوي الأعلى ، وعدم وجود تباين دال إحصائيا في

السلوك الاستقلالي للطفل المعاق بأبعاده ومستوي أساليب المعاملة غير السوية للام وكذلك أساليب المعاملة السوية للأب ، وجود فروق في مستوي الإحساس بالمسئولية لدي الطفل المعاق والمجموع الكلي للسلوك الاستقلالي للطفل تبعا لمستويات أساليب المعاملة غير السوية لأب صالح المستوي الأعلى.

ومن الدراسات الهامة أيضا التي اهتمت بدراسة عنصر من عناصر السلوك الاستقلالي للأطفال وهو إدارة الذات دراسة(فاطمة سعيد ، ٢٠١٠) لتدريب الأطفال التوحديين على إدارة الذات و تحسين السلوك التكيفي لديهم والحد من مشكلاتهم السلوكية.وهدف الدراسة إلى إعداد برنامج لتدريب الأطفال التوحديين على إدارة الذات، والوقوف على مدى فاعلية هذا البرنامج في مساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق مستويات أكبر من الاستقلالية في الأنشطة الأكاديمية والاستقلالية والاجتماعية، وكذلك في تحسين سلوكهم التكيفى وخفض بعض السلوكيات المضطربة لدى هؤلاء الأطفال، تتكون عينة الدراسة من عشرة أطفال توحديين من الذكور، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨- ١٢ سنة، وأسفرت الدراسة عن عدة نتائج تبين من خلالها فاعلية البرنامج التدريبي على إدارة الذات المستخدم في الدراسة لدى الأطفال التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع في تحسين السلوك التكيفي والحد من مشكلاتهم السلوكية.

وبعض الدراسات التي لم تتناول المهارات الاستقلالية بشكل مباشر ولكنها تناولت تنمية المهارات الحياتية لدى عينة من الأطفال التوحديين ومنها دراسة (أمل محمد،٢٠١١) وهدفت دراستها إلقاء الضوء على أهمية المهارات الحياتية والدور الذي تلعبه في حياة الطفل ذوي اضطراب التوحد لتساعده على التكيف مع البيئة وتصميم برنامج تدريبي مقترح يهدف إلى تنمية بعض المهارات الحياتية من خلال الأنشطة المختلفة المتكاملة التي يحتوي عليها البرنامج التدريبي.

تعد الدراسة من الدراسات التجريبية، وتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد بالمجموعة الضابطة والمجموعة

التجريبيـة فـي القيـاس البعـدي لتطبيـق البرنـامج التـدريبي لتنميـة المهـارات الحياتيـة الأساسية لصالح المجموعة التجريبية بعدي.

وفى نفس السياق تناولت (غادة قطب ، ٢٠١٢) دراسة تناولت فيها تنمية المهارات الاجتماعيـة وتعـديل السـلوك غيـر التكيفـي اهتمـت الباحثـة بتصـميم برنـامج لتنميـة بعـض المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالاضطراب التوحدى وخفض أنماط السلوكيات غير التكيفيـة، حتـى يسـتطيع الطفـل التوحـدى أن يتوافـق مـع نفسـه ومـع الآخـرين ونسـاعده علـى تحقيق الأهداف والحاجات والمتطلبات الخاصة بالمرحلة العمرية التي ينتمي إليها، وذلك عن طريق مجموعة من الأنشطة والفنيات المتنوعة المتضمنة في البرنامج والتي تؤدى إلي تعديل سلوك هؤلاء الأطفال التوحديين،ليتمكنوا من اكتسـاب المهارات الاجتماعيـة وإتقانها فـي فترة الطفولة المبكرة لأنها تساعد على تحقيق الاستقلال الذاتي وتمكن من الاعتماد على النفس والثقة بالذات ومن ثم تحسين مستوي السلوكيات غير التكيفية.

وتمثلت مشكلة الدراسة في الإجابة على السؤال التالي:ما مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية وتعديل السلوكيات غير التكيفية للأطفال التوحديين؟ .

وهدفت دراسـة هونكونك وكـايزر (Hancock & Kaiser،٢٠٠٢) إلـى اسـتخدام التعزيـز التعليمـي أثنـاء التـدخل مـع أطفـال التوحـد، بغـرض التعـرف علـى أثـر وفاعليتـه علـى مهارات التواصل الاجتماعي لديهم في عمر ما قبل المدرسة، وقدرة هؤلاء الأطفال على تعب خبرتهم علـى الأشكال الحياتيـة المختلفة، تكونـت عينـة الدراسـة مـن (٤) أطفـال ممـن يعانون من اضطراب التوحد تراوحت أعمـارهم الزمنيـة مـا بـين ٠٢ . ٤) سنوات تم تصـميم برنـامج الدراسـة واسـتخدام البرنـامج بشـكل فـردى بغـرض تعـديل سـلوكيات القصـور الاجتمـاعي عـن طريق التعزيز التعليمـي، واستمر تطبيق البرنـامج خـلال مرحلـة تعديل حـول استخدام التعزيز بشتى أنواعه وأشكاله على أن يكون هناك تلازم بين الاستجابة

الإيجابيـة والمعزز وأسـفرت نتـائج الدراسـة عـن وجـود تغيـرات إيجابيـة فـي اكتسـاب أطفال اختلاف سلوكياتهم المحيطين بهم، وزيادة قدرتهم على التقرب من الغرباء والتعامل معهم، وقد تم عمل ملاحظة لمدة ٦ أشهر للتأكد من مصداقية استخدام التعزيز التعليمي، وقد أسفرت الملاحظة والمتابعة عن مصداقية استخدام التعزيز التعليمي في تدعيم السلوك المرغوب لدى أطفال التوحد، كما ظهرت طفرة لدى ثلاثة أطفال من الأربعة الذين أدركوا هذه التـأثيرات اللغويـة الإيجابيـة، وقـاموا بنقلهـا إلـى التفاعـل مـع أمهـاتهم فـي المنـزل ومـع الغرباء، كما استطاعوا تعميم خبرتهم على الخبرات الحياتية الأخرى.

وهدفت دراسة سيد جارحى (٢٠٠٤) إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفى، وخفض السلوكيات المضطربة لدى عينة تكونت من ١٠ أطفال توحديين (تراوحت أعمارهم بين ٥ . ٨ سنوات)، ثم تقسيمهم إلـى مجموعتين متسـاويتين (تجريبية وضابطة) وقد استخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس تشخيص التوحد، ومقياس السلوك التكيفى، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والبرنامج التدريبي، وقد أشارت النتـائج إلـى فاعليـة البرنـامج التـدريبي المسـتخدم، حيـث زادت مهـارات السـلوك التكيفـى، وانخفضت السلوكيات المضطربة لدى الأطفال في المجموعة التجريبية بشكل دال عن أطفال المجموعة بما يحقق فروض الدراسة.

كما هدفت دراسة رائد موسى (٢٠٠٤) إلى تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى أطفال التوحد، وزيادة فاعليته تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال يعانون من اضطراب التوحد، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٤ . ٧) سنوات، استخدم الباحث الصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدى(ABC)، والصورة العربية من مقياس التوحد الطفولى (CARS)، القائمة التشخيصية للأطفال ذوى اضطرابات السلوك، كشفت نتائج الدراسة عن تطوير مهارات الأطفال الأربعة في المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية، ومهارات الحساب والقراءة متفاوتة، وانخفاض العديد من السلوكيات غير التكيفية.

كما هدفت دراسة سيدة أبو السعود حنفى (٢٠٠٥) إلى محاولة وضع مقياس نمو بعض مهارات طفل الأوتيزم، مثل مهارات الانتباه مهارات رعاية الذات . المهارات الحركية . المهارات الاجتماعية.

كذلك إعداد برنامج إرشادي مقترح للوالدين لإرشادهم إلى كيفية التعامل مع أبناءهم في المنزل.

وتوصلت الدراسة إلى عديد من النتائج من أهمها ما يلي: ـ

تحقق صحة الفرض الرئيس بأن هناك دالة إحصائية بين تطبيق البرنامج قبلا وبعدا، وذلك بهدف تحسين مهارات طفل الأوتيزم .

تحقق صحة الفروض الفرعية بأن هناك فروق دالة إحصائية في مستوى نمو المهارات الحركية رعاية الذات ومهارات الانتباه قبل وبعد تطبيق البرنامج.

أما دراسة (أسامة أحمد ،٢٠٠٦) بعنوان" "فاعلية برنامج TECCH في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين، هدفت إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج تيتش في إحداث تحسن التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين ودمجهم في المجتمع بصورة جيدة ومساعدة الأسرة في التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب.

توصلت الدراسة إلى عديد من النتائج من أهمها: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدى لمهارات التفاعل الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لمهارات التفاعل الاجتماعي لصالح القياس البعدى.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدى لمهارات التفاعل الاجتماعي.

لا توجد فروق ذات دلالـة إحصـائية بـين درجـات المجموعـة التجريبيـة فـي القياسـين البعدى ولتتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) لمهارات التفاعل الاجتماعي.

كمـا هدفت دراسـة (أشـواق محمـد يـس ،٢٠٠٧) إلـى تصـميم برنـامج لتنميـة بعض المهـارات الحسية والحياتيـة للأطفـال المصـابين بالاضـطراب التوحـدى (الـذاتوى)، وتوصـلت الدراسـة إلـى عديدِ من النتـائج من أهمها مـا يلـي: .وجود فروق ذات دلالـة إحصـائية بين الأطفال الأكبر سنا عن الأصغر سنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتقبلين وغير المتقبلين من الوالدين .

وقد حققت الدراسـة الهدف منهـا ومدى فاعليـة البرنـامج المقتـرح فـى تنميـة بعض المهارات الحسية والحياتية للأطفال المصابين بالاضطراب التوحدى.

أمـا دراسـة (محمد الحسينى، ٢٠٠٨) فقد هدفت الدراسـة إلـى اختيـار فعالية برنـامج تـدريبي لتنميـة المهـارات الاجتماعيـة لـدى عينـة من الأطفـال المصـابين بـالتوحد تكونـت عينـة الدراسـة مـن (٢٠) طفـلا مصـابا بالتوحـد، تتـراوح أعمـارهم الزمنيـة مـا بـين ١٠) سـنوات. تم تقسيم عينة الدراسة بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة.

وكشفت نتـائج الدراسـة عن وجـود فروق ذات دلالـة إحصـائية بين متوسطي درجـات القياس والبعدى لمقياس المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين للمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس البعدى.

كمـا سـاهمت (أميرة عمر، ٢٠٠٩) في دراسته إلـى تنمية المهارات الاجتماعيـة لـدى الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة من خـلال برنـامج تـدريبي يعتمـد علـى استخدام أنشطة اللعب العلاجية، بعد تطبيق البرنـامج علـى مقياس تقدير المهارات الاجتماعيـة للطفل التوحدي لصـالح أطفال المجموعـة التجريبيـة، لا يوجد فـروق دالـة إحصـائيا بـين متوسـطات درجات أطفال المجموعـة التجريبيـة فـي القيـاس البعدى والتتبعـى علـى مقياس تقدير المهـارات الاجتماعية للطفل التوحدى.

اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي حيث يعد البرنامج التدريبي بمثابة المتغير المستقل وتعد المهارات الاجتماعية بمثابة المتغير التابع وتكونت عينة الدراسة من (١٠ أطفال توحديين، ٨ أولاد – بنتين وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٢ . ٥) سنوات وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية تضم (٤ أولاد وبنت واحدة) ثم تعريضهم للبرنامج التدريبي ومجموعة ضابطة تضم (٤ أولاد وبنت واحدة) لم تتعرض لبرنامج التدريبي وقد تم مرا عاد التجانس بين المجموعتين في متغيرات السن، مستوى شدة السلوك التوحدى، مستوى السلوك التكيفى، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة.

واستخدمت الدراسة:

مقياس تقدير حالات التوحد لدى الأطفال، مقياس فاينلاند للسلوك التكيفى، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، مقياس تقدير المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدى، البرنامج التدريبي.

واستهدفت دراسة (سحر ربيع، ٢٠٠٩) الدراسة الذاتوية التي تعد من الإعاقات التي لاقت اهتماما واسعا في الآونة الأخيرة، بهدف التعرف على هؤلاء الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة، وتحديد خصائصهم من أجل الوصول تشخيص دقيق لهم، وإتاحة أفضل أساليب التدخل لمواجهة احتياجات الأطفال الذاتويين التي تتنوع نواحي النمو الاجتماعي، واللغوي، والسلوكي، والحسي إن سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال الذاتويين من أكبر المشاكل التي تواجه الآباء والمعلمين والأخصائيين عند التعامل مع هؤلاء الأطفال، لذلك كان من إجراء هذه الدراسة وهذا البرنامج الإسهام في تخفيف حدة هذه السلوكيات المضطربة تكونت من طفلا ذاتويا، ملتحقين بجمعية أولادنا التابعة لوزارة التضامن الاجتماعي بمحافظة بني سويف، تراوح الزمني لهم ما بين (٧٠- ٩٠)، ومتماثلين في المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين هما: المجموعة التجريبية: ٦ أطفال ذاتويين (٥ بنات وولد) تعرضوا للبرنامج التدريبي

المستخدم ـ المجموعة الضابطة: ٦ أطفال ذاتويين (٥ بنات وولد) لم يتعرضوا للبرنامج المستخدم ٣ . أدوات الدراسة: مقياس جودارد للذكاء . مقياس الطفل الذاتوى . مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة . مقياس سلوك إيذاء الذات لدى الطفل الذاتوى وقد استخدمته الباحثة كأداة رئيسية للقياس القبلي والبعدى، والمقارنة بين المجموعة التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج، وكذلك بعد مرور شهرين من المتابعة البرنامج التدريبي . وهو المتغير المستقل الذي تم اختبار تأثيره على المتغير التابع (تنمية بعض المهارات الاجتماعية، سلوك إيذاء الذات).

وأشارت النتائج إلى انخفاض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال الذاتويين، كما أكدت النتائج على أن نقص المعرفة بقيمة المهارات الاجتماعية قد يكون السبب وراء عدم أو

ضعف استخدام الأفراد لها أيضا أشارت النتائج استمرار أثر فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم لدى أعضاء الجماعة التجريبية بعد انتهاء فترة المتابعة والتي قدرت بشهرين ثانيا: التطبيقات التربوية: إذ أجاز للباحثة أن تستند إلى ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج، فإنها تقدم في ضوء هذه الدراسة ومشكلتها وأهميتها والإطار النظري لها، عددا من التوصيات والتطبيقات التربوية التي يمكن أن تفيد في البرامج الإرشادية المقدمة للمعلمين، وللأسر (آباء/ أمهات).

كما ساهمت دراسة مادوكس(Maddox،٢٠١٠) في تحسين سلوكيات التواصل الاجتماعي من خلال التدريب على المهارات الاجتماعية لدى عينة تكونت من (٣) أطفال يعانون من اضطرابات التوحد، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس اللغة لأطفال ما قبل المدرسة، مقياس السلوك التكيفى ومقياس التقييم السلوكي والعاطفي لأطفال ما قبل المدرسة أسفرت نتائج الدراسة عن اكتساب أفراد له لسلوكيات التواصل الاجتماعي، حيث أشارت النتائج لوجود تحسن الإيماءات الاتصالية والتحدث بالإضافة إلى مشاركة الأطفال للمهارات المتعلمة أثناء تدريبهم على المهارات الاجتماعية.

وهدفت دراسة(عبد الحليم محمد ،٢٠١١) إلى الكشف عن فاعلية البرنامج المقترح في تنمية التواصل الاجتماعي، والذي يتمثل تحسين التفاعل الاجتماعي وتحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وكذلك تقيل السلوكيات لدى (١٦) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، ، ثم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين: إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة استخدام الباحث مقياس الطفل التوحدى، واستمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، واختبار لوحة جوادر لقياس الذكاء، أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدى على مقياس جيليام.

يتبين من خلال الدراسات السابقة وأيضا من خصائص وسمات الطفل التوحدى مدى احتياجه لبرامج تربوية وتدريبية وإرشادية سواء للطفل نفسه أو القائمين على رعايته من الآباء والمعلمين برزت تلك الحاجة في التوصيات والبحوث المقترحة للدراسات السابقة التي تناولت تلك الفئة بالدراسة والبحث .

مشكلة الدراسة :

وتكمن مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤل التالي: ما فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاستقلالية لدى الأطفال التوحديين ؟.

فروض الدراسة:

في ضوء نتائج البحوث والدراسات السابقة وأهداف الدراسة، تمت صياغة الفروض التالية:

١. يوجد فرق دال إحصائيا عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدى على مقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية لدى عينه من الأطفال التوحديين.
٢. لا يوجد فرق دا ل إحصائيا عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطي رتب درجات الأطفال وفقا لمتغير النوع (الإناث والذكور) في التطبيق البعدى على مقياس المهارات الاستقلالية.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى ما يلي:

١- إعداد برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاستقلالية لدى الأطفال التوحديين.

٢- الكشف عن فعالية البرنامج التدريب المقترح ودوره في تنمية المهارات الاستقلالية لدى الأطفال التوحديين.

أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

الأهمية النظرية:

١- ندرة الأبحاث والدراسات العربية –في حدود علم الباحث– التي استخدمت البرامج في تنمية المهارات الاستقلالية لدى الأطفال التوحديين.

٢- أن الدراسة الحالية يمكن أن تسهم في توفير برنامج يساعد على تنمية المهارات الاستقلالية للأطفال التوحديين.

٣- الاستفادة من النتائج التي تسفر عنها هذه الدراسة في مجال تنمية وتطوير المهارات الاستقلالية للأطفال التوحديين وإمكانية اعتمادهم على أنفسهم.

الأهمية التطبيقية:

١. تظهر الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية في إمكانية الاستفادة من البرنامج المعد لتنمية المهارات الاستقلالية للأطفال التوحديين، وكذلك الاستفادة من النتائج التي تتوصل إليها الدراسة عند إعداد برامج لتنمية مهارات أخرى لدى نفس الفئة.

٢. أن الدراسة تتصدى لتدريب بعض أفراد هذه الفئة، ويتمثل هذا التدريب في تنمية المهارات الاستقلالية الأطفال التوحديين.

مصطلحات الدراسة :

التعريف الإجرائي للذاتوية:

يعرف بأنه إعاقة نمو معقدة عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاثة الأول من عمر الطفل نتيجة للاضطرابات العصبية التي تؤثر على الأداء الطبيعي للمخ، مما يؤثر على النمو في مجالات التفاعل الاجتماعي، ومهارات التواصل، وأنشطة اللعب، والمهارات الاستقلالية بالإضافة لمحدودية الأنشطة والاهتمامات، ويؤثر ذلك سلبيا على أداء الطفل

التعريف الإجرائي للاستقلالية :

اعتماد الطفل على نفسه في قضاء حاجاته من مأكل وملبس وغيرها من أمور حياته اليومية، كما تتضمن قيامه بعمل واجباته دون الاستعانة بغيره، والاستقلال في بعض أمور حياته واتخاذ قراراته بنفسه دون طلب المساعدة.

حدود الدراسة:

١. الحدود الموضوعية: اقتصرت الدراسة على التعرف على فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاستقلالية لدى الأطفال التوحديين.
٢. الحدود المكانية: تقتصر الدراسة على عينة من التوحديين، ممن يقعون في المرحلة العمرية من (٥ -٦) سنوات، وقد قام الباحث بتطبيق البرنامج على الأطفال التوحديين في مركز أحباب الله بالقاهرة، وشارك الباحث الأطفال في تنفيذ البرنامج في حجرة داخل المركز، حيث تم تجهيز حجرة تتناسب مع أهداف البرنامج.
٣. الحدود الزمنية: تم تنفيذ الدراسة التجريبية لمدة (ستة عشرة أسبوع)، في الفترة من ٢٤/ ٢/ ٢٠١٢م إلى ٢٥/ ٨/ ٢٠١٢م.

الذاتوية:

شغلت حالة الذاتوية وتفسيراتها الأطباء منذ ما يقارب مئة عام، وشهدت الذاتوية تغييرات جذرية خلال السنوات الأخيرة ويعتبر "ليوكانر" "Leo Kanner" أول من أشار لإعاقة الذاتوية كاضطراب يحدث فى الطفولة عام١٩٤٣ عندما كان كائر يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفاد بالولايات المتحدة الأمريكية، ولفت انتباهه وجود أنماط المتخلفين عقليا بجامعة هارفاد بالولايات المتحدة الأمريكية، ولفت انتباهه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنهم معاقون عقليا، وقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه مصطلح (الذاتوية الطفولي المبكر) حيث لاحظ استغراقهم في انغلاق كامل على الذات، والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات، وفى عام ١٩٤٣ استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة مثل فصام الطفولة المبكر-اجترارية الطفولة / ذهان الطفولة ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح الذاتوية فى البداية فى ميدان الطب النفسي عندما عرف "بالفصام" (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٠) (إلهامي عبد العزيز، ٢٠٠١).

واعتبرت الذاتوية بعد ذلك إعاقة منفصلة أطلق عليها (Autism)، وبدأت اهتمام الدوائر النفسية بدراستها وإجراء البحوث عليها على مستوى العالم، ولقد أشار كانر إلى أن الذاتوية عبارة عن اضطراب يظهر منذ الولادة ويعانى الأطفال الذاتويين من عدم القدرة على التواصل بأي شكل من الأشكال مع الآخرين وضعف أو انعدام وجود اللغة لديهم وخصوصا في مراحل العمر الأولى، وإذا وجدت فإنها تتصف بالمصاداة والترديد (E Chololia) وتميزهم بالسلوك النمطى، ومقاومة أي تغير في البيئة من حولهم (آمال صالح، فضيلة الراوى، ١٩٩٩: ١٣).

تعريفات الذاتوية:

تعرفه الجمعية الأمريكية للذاتوية بأنه: إعاقة معقدة في النمو، تظهر في السنوات الثلاثة الأول من العمر نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر على وظيفة المخ، ويكون لديه صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وأنشطة اللعب (Vidya, ٢٠٠٤: ٢ -٣).

كما يعرفه آخرون بأنها إعاقة نمائية ذات تأثير شامل على كافة جوانب النمو، تصيب الأطفال خلال السنوات الثلاثة الأول من العمر، ويتأثر التفاعل الاجتماعي بالسلب، وهكذا مهارات التواصل وقد يصل الأمر للغياب التام للغة، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات، ومعالجتها بواسطة المخ، سببها مشكلات في مهارات التواصل تكمن في عدم القدرة على التعبير عن الذات تلقائيا، وبطريقة ملائمة وعدم القدرة على فهم ما يقوله الآخرون، وعدم استخدام مهارات أخرى بجانب المهارات اللفظية لمساعدته على القدرة على التواصل. (أحمد سليم، ٢٠٠٦: ٦)، (Fred, ٢٠٠٧: ٨ -٩)

كما يعرفه (داوسون وستيفن ،٢٠٠٩) بأنه هو أحد الاضطرابات النمائية الذي يتصف بضعف فى العلاقات الاجتماعية، والتواصل، والأداء اللغوي، والالتزام بمجموعة من السلوكيات والأهداف، كما يختلف الأطفال المصابون بالذاتوية من حيث شدة الأعراض، وطرق التعبير في مواقف الحياة (Dawson, ٢٠٠٨: ١٣٧) (John & Stephen, ٢٠٠٩: ٥٦ – ٥٨).

كما يعرفه (عبد الرحمن العيسوى، ٢٠٠٥) الطفل الذاتوى على أنه طفل شديد الانسحاب عن العالم الذي يعيش في وسطه وقد يجلس لساعات طويلة يلعب في أصابعه، ويذهب لعالم الخيال، ويظهر الانسحاب على هؤلاء الأطفال منذ بداية حياتهم، والاستغراق في الذات، وصعوبة التواصل معهم، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين (عبد الرحمن العيسوى، ٢٠٠٥: ٨٧).

كما ميزت (سهير كامل، ٢٠٠٩) الطفل الذاتوى باضطراب وقصور في النمو اللغوي والقدرة على التواصل، النمو (العاطفي . الانفعالي . الاجتماعي . الإدراكي . الحسي والسلوكي)، حيث أنه منغلق على ذاته، لا يتأثر بالمثيرات الخارجية، وهو يعيش في عالمه الذي يكرر فيه حركات نمطية. (سهير كامل، ٢٠٠٩ : ٣٥)

أعراض وخصائص الذاتوية:

تظهر أعراض الذاتوية في بعض الحالات خلال الشهور الست الأوائل بعد الميلاد ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العام الثاني والثالث من عمر الطفل، وذلك حينما يدرك الطفل تفرده كإنسان مستقل فإذا لم يجد تجاوبا من الآخرين ازدادت حدة المشكلة، وتزداد المشكلة حدة بإبعاده عن الآخرين، وعجزه عن التواصل بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها (عثمان فراج، ٢٠٠١: ٢).

لذا فيعتبر التعرف على الأعراض الحقيقية لهذه الإعاقة لها أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم؛ لأن بعض هذه الأعراض قد تتشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كالتخلف العقلي وغيره ، **ولذا فإنه من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض والتأكيد ما يلي:**

١. ليس من الضروري أن تظهر جميع الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعانى من الذاتوية، بل قد يظهر بعضها فى حالة معينة، ويظهر البعض في حالة أخرى.
٢. قد تتباين ظهور هذه الأعراض من حيث (الشدة . الاستمرارية . السن) الذي يبدأ فيه العرض في الظهور، وقد تبدأ ظهور الأعراض في بعض الحالات خلال الشهور الست الأوائل من الميلاد، ولكن الأغلب ظهورها ما بين العامين الثاني والثالث. (محمد موسى، ٢٠٠٧: ٦٩).
٣. تظهر أعراض الذاتوية باختلاف شديد من طفل لآخر، ويعود هذا الاختلاف في الدرجات؛ وذلك نظرا لتفاوت القدرات الإدراكية لدى الأطفال الذاتويين، والأوضاع البيئية التي يجد فيها الطفل الذاتوى نفسه، ويعتمد شدة ظهور الأعراض على

٤. التدخل والعلاج المبكرين الذين يتلقاهما الطفل وتختلف أعراض الذاتوية وسماته وتخف وتشتد من طفل لآخر؛ وذلك نظرا للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر؛ فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من الأعراض في كل المجالات. (محمد عنانى، ٢٠٠٥ : ١٠٥ . ١٠٦)

كما تتعدد أعراض وخصائص الأطفال الذاتويين، وتختلف درجتها وفق الأسباب التي أدت إلى ذلك، وتكاد تكون بعض الخصائص مشتركة، ولكن ليس بالضرورة أن تكون جميع الخصائص موجودة لدى طفل بذاته، وبوجه عام يمكن الإشارة إلى خصائص الذاتوية والمتمثلة في الخصائص (السلوكية . الحركية . المعرفية . الاجتماعية) **وذلك على النحو التالي:**

أولاً ـ الخصائص السلوكية:

يتميز سلوك الطفل الذاتوى بالمحدودية، ويشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين، ومعظم سلوكياته تبدو بسيطة مثل تكوين قطعة من اللبان بيديه، أو تدوير قلم بين أصابعه، وهذا يجعل الملاحظ لسلوك الطفل الذاتوى يراه وكأنه مقهور على أدائه؛ حيث إن التعبير بأي صورة من الصور يؤدى إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ١١١ – ١١٢).

ويتميز الأطفال الذاتويين بمجموعة من السلوكيات تشمل بعضا أو كل السلوكيات الآتية، وهذه السلوكيات تختلف من طفل للآخر من حيث الشدة وأسلوب التدخل.

أ ـ قصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين:

تعتبر من أهم خصائص الأطفال الذاتويين وهى عجزهم عن التواصل مع الآخرين، ويفشل كل الأطفال الذاتويين في تكوين علاقات مع الوالدين ومع الآخرين بدرجات متفاوتة، وقد تنقصهم الابتسامة الاجتماعية، والتواصل البصري، وينظر الطفل الذاتوى إلى الآخرين كما لم يكونوا موجودين، وقد يستمد الأطفال أدوات للتسلق أو

للحصول على شيء مرغوب، وفى السنوات الخمسة الأول يكون نقص الارتباط بالوالدين ملحوظًا، ويبدو أن هؤلاء الأطفال لا يميزون أهم الناس في حياتهم كالوالدين والمدرسين والأشقاء، ويلاحظ قصورهم في اللعب مع الأطفال، وتكوين الأصدقاء، والارتباك الاجتماعي. (محمد كامل، ٢٠٠٣: ٢ ـ ٩).

ب ـ قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام:

يعد القصور اللغوي من أهم خصائص الأطفال الذاتويين، فحوالي ٥٠% من هؤلاء الأطفال لا يتكلمون، والنسبة الباقية لا تمتلك سوى قدرة محدودة من حيث التعبير، والاستيعاب اللغوي ، وعندما يكون الطفل قادرا على الكلام يكون كلامه غير مفهوم وتكراريا، وهذا ما يطلق عليه الترديد الصوتي أو المصاداة، ويبدأ ظهور مؤشرات القصور اللغوي مبكرا لدى الطفل الذاتوى، وربما في الأشهر الثلاث الأوائل ولى حيث يلاحظ الهدوء غير الطبيعي، وغياب المناغاة عند الطفل والسلبية في هذه الفترة، وفى قلة أو توقف الأصوات التي يصدرها فهي عشوائية، ولا تستهدف أي نوع من التواصل، ولذلك فإن أحد الأهداف المهمة في تدريب معظم الذاتويين لمساعدتهم على تطوير نظام تواصلي لا تتضمن لغة معقدة، بل تحتوى على كلمات مقترنة بالإشارة. (منى الحديدي، جمال الخطيب، ٢٠٠٤: ١٧)

فالقصور اللغوي لدى الأطفال الذاتويين لا ينتج عن عدم الرغبة في الكلام، وإنما عن خلل وظيفي في المراكز العصبية المتعلقة بتطوير اللغة والكلام، لذلك لا يتوصل الطفل الذاتوى إلى التعبير بطريقة واضحة ومفهومة حتى بعد تدريبه على ذلك مما يزيد انغلاقه في عالمه الخاص حيث إنه يردد بعض الكلمات دون أن يفهم معناها ولم تتوصل الأبحاث والدراسات حتى الآن إلى معرفة سبب اختيار بعض الكلمات والألحان للتكرار دون غيرها ولكنه قد يرددها ليعبر عن شيء منها (سهير كامل، ٢٠٠٩ :٣٧).

ج - السلوكيات النمطية:

تتمثل السلوكيات النمطية بعدم ظهور أية رغبة للطفل الذاتوى في السنوات المبكرة من عمره في التعرف على الأشياء والأشخاص المحيطين به في بيئته، حيث يتناول اللعب والأشياء التي تقع في متناول يده بشكل عشوائي محدود في نوعيته وتكراره بدون هدف وبشكل نمطي وغير مقصود، وإذا حدث وشوهد مندمجا في لعب فهو جامد متكرر متشابه، وهو يفضل الارتباط بالجوامد أكثر من البشر، وفى معظم الحالات يقوم الطفل بتكرار حركات نمطية مثل هز الرأس، ثنى الجذع والرأس للأمام والخلف لمدة زمنية طويلة، ودون تعب، خاصة عند ما يترك الطفل وحده دون انشغاله معين، ولذا فالطفل الذاتوى يقاوم التغيير مثل تغير نظام الملبس وأثاث الغرفة والحياة اليومية، يثور الطفل ويصل لحالة من الغضب قد تصل درجتها إلى إيذاء ذاته.(عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٢، ٢٥ . ٢٨) ، (عثمان فراج، ٢٠٠٢: ٥٧).

د- الاستجابة للمثيرات الحسية:

يظهر الطفل الذاتوى كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، ومع معرفتنا بالطفل الذاتوى ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية (سعد رياض، ٢٠٠٨: ١٨ . ٢٠).

كما أن حواس الطفل الذاتوى ليست متمايزة مثل حواس الطفل العادي كما أنه يستجيب لخبراته الحسية بطريقة شاذة وغريبة فهو في بعض الأحيان يتصرف كما لو كان ليس له خبرة بالأصوات والأشكال والروائح التي تحيط به وكأنه لا يشعر بالأشياء التي يلمسها. (عبد الرحمن سليمان،٢٠٠٢: ٤٠– ٤١)

ويعتبر الطفل الذاتوى غير قادر على الاستجابة إلى الألم بشكل مناسب بسبب انخفاض حاسة اللمس لديه، وكذلك الشعور بالزمن، والتوقيت قد يكون غير ملائم عند الطفل الذاتوى.(Targ Brill, ٢٠٠١: ٤ – ٥)

ثانيًا : الخصائص الحركية:

يصل الطفل الذاتوى إلى مستوى من النمو الحركي يماثل الطفل العادي مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية، فالأطفال الذاتويين لهم طريقة خاصة في الوقوف، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية، كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم، وأذرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثيرا منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه، ويضربون الأرض بأقدامهم للأمام والخلف بشكل متكرر وفى أوقات أخرى يبدو الأطفال الذاتويين في موقف استثارة ذاتية لأنفسهم فهم يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم، ويدورن حول أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوار، وبعد فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال الذاتويين في حين أن نقص الحركة أقل تكرارا، وعندما تظهر فإنها غالبا ما تبدل لفرط النشاط الزائد، حيث يوجد قصر فى مدى الانتباه وانعدام القدرة على التركيز الكامل لمهمة محددة. (محمد خطاب، ٢٠٠٤: ٤٢)

ولذا فمن الملاحظ أن بعض الأطفال الذاتويين يتميزون برشاقة الحركات في المشي، ولديهم القدرة على التسلق، وحفظ التوازن، أما البعض الآخر فقد يفتقر إلى الرشاقة، ويبدون وكأنهم يعانون من بعض الصعوبات في حفظ توازنهم عندما يمشون.

ثالثًا: الخصائص العقلية ـ المعرفية:

يظهر الطفل الذاتوى تشتتاَ ملحوظاً في وظائفه العقلية حيث يعتبر البعض أن القدرة المعرفية للأطفال الذاتويين تعتبر عادية إلا أن هناك تشير إلى أن نسبة من الأطفال لديهم نسبة من الذكاء اللفظي تكون أدنى من نسبة ذكائهم الأدائي ويتمثل ذلك فى عدم قدرتهم على إجراء حوار متبادل وصعوبة الفهم للمنبهات اللفظية وغير اللفظية ويبدو أن أسوأ الجوانب الأداء لديهم هو ما يتصل باللغة واستخدامها.

ولذا تشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح الموضحة للاضطراب الذاتوى، كما يترتب عليه نقص في التواصل الاجتماعي

والاستجابة الانفعالية للمحيطين به؛ ولذا أظهرت الدراسات أن حوالي ثلاثة أرباع الأطفال الذاتويين لديهم درجات من التخلف العقلي وأظهرت دراسات أخرى أن بعض الأطفال الذاتويين لديهم درجة ذكاء متوسط أو فوق المتوسط. (سهى أمين، ٢٠٠٢: ٤٠ . ٤١)

رابعًا: الخصائص الاجتماعية:

يشير كانر (Kanner) إلى العديد من المظاهر الاجتماعية للذاتوية، حيث إنه مازال الكثير منها حتى الآن يستحق اهتماما خاصا، حيث أكد على أن الصفة الرئيسية في هذا الاضطراب هي القصور الاجتماعي حيث قارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال العاديين والأطفال الذاتويين، فالأطفال العاديين يظهرون سلوكيات متواصلة متعلمة من خلال رؤية البالغين المألوفين لهم، ويتعلمون بسرعة الاستجابة بطريقة اجتماعية ملائمة وفعالة، إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للذاتويين، فهم غالبا ما يفتقرون إلى هذه المقدرة الطبيعية للاستجابة لآخرين بطريقة ملائمة. (زينب شقير، ٢٠٠٦: ٨٤- ٨٥)

وتعد المهارات الاجتماعية واحدة من أكثر الخصائص المتاثرة سلبا بالاضطراب الذاتوى، ويعود ذلك إلى أن الطفل الذاتوى معوق بيولوجيا فى هذه القدرة، ولذلك فإن معظم الاستراتيجيات المستخدمة تركز على تزويد الطفل بخبرات اجتماعية وانفعالية مع الآخرين وهذا لا يقلل من أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية حيث تمثل جزءا أساسيا من البرامج التربوية والتدريبية المقدمة للطفل. (محمد قاسم، ٢٠٠١: ١٧٥) (محمد الفوزان، ٢٠٠٢: ٧٩ . ٨٠)

حيث يعانى الطفل الذاتوى من قصور التفاعل الاجتماعي كما يعانى من عدم الرغبة في إقامة علاقات وصداقات، تجعله يندمج مع الآخرين، كما يتسم بقصور في الاستجابات الاجتماعية ويعانى من صعوبات فى التفاعل والتواصل الاجتماعي والإخفاق في تكوين علاقات مع الرفاق بالإضافة لغياب القدرة على التواصل.

تشخيص الذاتوية (Diagnosis):

يعتبر تشخيص الذاتوية من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين في مجال الطفولة، وربما يرجع السبب في ذلك أن خصائص وصفات الاضطراب غالبا ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى، ويتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة، وبالتالي تمييز الأطفال الذاتويين عن غيرهم من الأطفال المصابين باضطرابات أخرى.

أن تشخيص الذاتوية عملية تهدف للتعرف والكشف عن الأطفال الذين قد يحتاجون مستقبلاً لخدمات وبرامج التربية الخاصة المتنوعة، فهي عملية وقائية علاجية تقلل من الآثار السلبية المترتبة على اكتشاف إعاقة ما لدى الطفل في الشهور الأوائل من عمره، ولذا فإن التشخيص المبكر يتضمن مهارات اجتماعية ووظيفية يهدف لتعديل السلوك وتواصل الطفل (فيوليت فؤاد، ٢٠٠٥: ٣٥).

حيث إنه قبل أن تظهر مشكلة يتوجب علينا معرفة الأسباب فتحديد المسمى التشخيصي **يساعد الأهل والمتخصصين فيما يلي:**

* الحصول على معلومات خاصة بالاضطراب من خلال الكتب والمقالات.
* تحديد التوقعات لمدى تحسين الاضطراب.
* تحديد التوقعات لسلوكيات الطفل بناء على تشخيصه.
* تحديد الأسباب وراء السلوك غير السوى للطفل.
* تحديد العلاج مثل وضع الخطط التعليمية والتربوية المناسبة لحالة الطفل، ومن هنا فإن تشخيص الحالة أمر في غاية الأهمية لمساعدة الطفل على تخطى ما يواجهه من صعاب. (وفاء الشامى، ٢٠٠٤: ٢٠١ ـ ٢٠٥) **وترجع الصعوبات إلى عوامل متعددة نستعرض منها ما يلي:**

تعدد وتنوع أعراض الذاتوية، وتختلف من طفل لآخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماما فى الأعراض.

- إن أكثر العوامل المسببة للذاتوية واضطرابات النمو الشاملة يحدث في المخ، حيث إنه من أكثر أجهزة الجسم تعقيدا فإن صور الخلل الوظيفي ونتائجه متعددة.
- تنوع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي، وبالتالي تنوع أشكال الخلل الوظيفي، فقد تؤدى إلى تلف جزء معين من المخ، وبالتالي ظهور أعراض الذاتوية كما تؤدى إلى ظهور مجموعة من الأعراض تشخص على أنها إسبرجر وغيرها من الإعاقات التي تتشابه مع أعراض الذاتوية.

* وقد يصاحب إعاقة الذاتوية إعاقة أو أكثر من الإعاقات الذهنية كالتخلف العقلي والإسبرجر والريت أو إحدى إعاقات التعلم، فتتشابك وتتعقد الأعراض، وتصبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيدا وخاصة أن بعض هذه الأعراض تتشابه مع أعراض الذاتوية (حسام أبو سيف، ٢٠٠٦: ١٠ . ١٢).

يعد تشخيص حالة الذاتوية من أصعب عمليات التشخيص وذلك لتبادل الأعراض من حالة لأخرى بالإضافة إلى قلة عدد الأخصائيين؛ مما يؤدى إلى خطأ في التشخيص أو تجاهله في أوقات مبكرة مما يؤدى إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة، ولذلك ينصح بتشخيصه في أوقات مبكرة.

ونؤكد على أهمية البرامج التدريبية والتربوية المقدمة للذاتويين من أجل الاستفادة من الخدمات المتوافرة لهم، وكيفية التعامل معهم في المنزل، حيث تمثل الأساس لتواصله مع البيئة المحيطة به.

الاستقلالية:

أكد اريكسون (Erikson) على أهمية العلاقة بين الأم وطفلها في العام الأول ويكون فيها نوع من الثقة تحدد المدى الذي سيطور الطفل نزوعه إلى الاعتماد على

نفسه ونزعته إلى الاستقلال، ويميز إريكسون بين الطفل الذي ينجح في تحقيق نزوعه إلى الاستقلالية وبين الطفل الذي يفشل في ذلك إذ يرى أن الأول يشعر بالراحة في التعبير عن نفسه ويتولد لديه إحساس بالقدرة على التحكم وبأنه حر نوعاً ما فيما يؤديه أو لا يؤديه من سلوك، في حين تتولد لدى الطفل الذي يشعر بالدهشة مشاعر الشك في قدرته على التحكم ومشاعر الخجل من عجزه .

وفي عمر ثلاث سنوات تظهر المؤشرات الدالة على الاستقلالية إذ تظهر قدرة الطفل في الاعتماد على نفسه في تناول الطعام دون مساعدة الأم وفي لبس حذائه وبعض ملابسه وبعض الأوامر التي توجه إليه مثل رفضه لتناول الطعام أو الكف عن اللعب ببعض الأجهزة الموجودة في المنزل، وتؤدي رغبته في الاستقلالية إلى الاصطدام مع الوالدين بسبب خوف الوالدين على طفليهما وتعلقهم الشديد فيتولد لديه إحساس بالخجل من أفعاله والتشكك من حبهما له (علاونه ، ٢٠٠٤، ص ٢٦٠).

حدد زهران مراحل تطور الاستقلالية على النحو الآتي :-

- من الميلاد إلى حوالي ثلاث أشهر يخرج الوليد إلى الحياة لا يعلم شيئاً وليس لدية مفهوم جاهز عن ذاته.
- في عمر أربعة أشهر يظهر التمايز لدى الطفل من خلال الحواس والعضلات.
- في عمر تسعة أشهر يفهم الطفل بعض الإشارات وتعد هذه المفاهيم بداية الولادة النفسية للطفل إذ يبدأ الشعور بالذات ومنها الاستقلال والاختلاف عن الناس المحيطين به.
- في عمر عام تبدأ مرحلة الكشف والاستكشاف فتنمو صورة الذات أي الاستقلالية الفردية، إذ يزداد تفاعل الطفل مع الأم ومع الآخرين المحيطين به وهنا تمتزج الاستقلالية الفردية مع البيئة الخارجية ويبدأ الأخذ والعطاء، عندها يستطيع الطفل أن يشعر باستقلاليته والتفريق بين العالمين الخارجي والداخلي.
- عندما يصل الطفل إلى عمر سنتين يزداد تمييزه لاستقلاليته الفردية ويكون متمركزاً حولها وتنمو لديه الاستقلالية الاجتماعية.

- في عمر ثلاث سنوات يكون لدى الطفل صورة شاملة للعالم المحيط به وتزداد فرديته ويعرف أنه يختلف عن شخصيات الآخرين.
- عندما يصل الطفل إلى عمر خمس سنوات يزداد وعيه بذاته وتتبلور استقلاليته، فيقل اعتماده على الوالدين وتتكون بوادر الاستقلالية.
- وعندما يصل إلى عمر ٦ سنوات (عمر المدرسة) يكون للمعلم أثر مهم في نمو ذاته واستقلاليته التي يحصل عليها عن طريق التفاعل الاجتماعي.
- (١٠ – ١٢) سنة تتطور الاستقلالية وتكون واضحة في مرحلة الطفولة وعند البلوغ والنضج إذ تتميز بقدرة الطفل على إحداث تغيير في اتجاهاته نحو الاستقلالية. وعندما يصل الطفل إلى مرحلة المراهقة يكون أكثر دقة في تقويم استقلاليته، وتصبح لديه القدرة في التأثير في بيئته وفي المواقف الاجتماعية.(زهران ، ١٩٧٧، ص٥٨)

وتعرف (هدى براده، ١٩٨٣) الاستقلالية الشخص الذى يعتمد على نفسه في الفكر والعمل، ويتصل بالمجتمع، ويشعر بمسؤليته نحوه، وبحقوقه عليه، وينسجم مع المجتمع، بحيث لا يتلاشى فيه، بل ويحتفظ بفرديته ويشعر بالأمن الشخصي والشعور بالثقة بالنفس. (هدى برادة وآخرون، ١٩٨٣، ٣٥٤) و يشير (سيد عثمان، ١٩٧٤) إلى الاستقلالية تتميز عن المسايرة فالفرد في الاستقلالية يقرر بنفسه ولنفسه مسار حكمه وعقيدته وتصرفه من غير خضوع، غير مستلم للجماعة أو جامحا عليها، أي أن موقفه بإيجابية أكبر منه في حالة منه في حالة المسايرة. (سيد عثمان، ١٩٧٤، ص ٥)

أن الاستقلال هو درجة تحرر الطفل في سلوكه في مواقف معينة من رقابه أباء وإشرافهم ومفهوم الاستقلال ومفهوم الاستقلال نسبى يختلف من موقف لأخر من حيث درجته أو مداه، ومن حيث السن التي يتوقع فيها أباء استقلال أطفالهم في سلوكهم وتحررهم من رقابتهم أو مساعدتهم لهم.

وترى "ليلى عبد الحميد عبد الحافظ" الاستقلالية بأنها كون الشخص يعتمد على نفسه في قضاء حاجاته من مأكل وملبس وغيرها، كما تتضمن قيامه بعمل واجباته دون الاستعانة بغيره، والاستقلال في بعض أمور حياته واتخاذ قراراته بنفسه دون طلب المساعدة. (ليلى عبد الحافظ، ١٩٨١، ص ٤٨٩)

أما(نجاح عبد الشهيد ،١٩٩٤) تري الاستقلالية بأنها الاعتماد على النفس والثقة بها في المواقف المختلفة والقدرة على اتخاذ القرارات وتحمل المسئولية والإحساس بحق الاختيار. (نجاح عبد الشهيد، ١٩٩٤، ص ٢٣)

يعرف "حامد زهران الاستقلالية بأنها حاجة الطفل إلى تحمل المسئولية ثم تحمل المسئولية كاملة لاحقا، والشعور بالحرية والاستقلال في تيسير أموره بنفسه وتصبح له شخصية مستقلة ووجهة نظر خاصة. (حامد زهران، ١٩٩٠، ص ٢٩٧)

يعرف "حمدى ياسين" الاستقلالية بأنها شعور المرء بالثقة والأمن، وقدرته على إصدار القرارات وتحمل مسئولية الذات والآخر مع إنجاز الأهداف بثبات دون الاعتماد على الآخرين.(حمدى ياسين،١٩٩١، ص ٥٥)

عرف "شايفر" الاستقلالية بأنها شعور الطفل بأن الوالد يرغب فى إن يسمح له بالتصرف وحدة دون تدخل منه فى نشاطه داخل المنزل ويتركه يتخذ قراراته الخاصة بفرده. (نقلاً عن : نجاح عبدالشهيد، ١٩٩٤، ص ٥)

ومن استعراض التعريفات السابقة للاستقلالية نجد أنها اتفقت على عدة عناصر أو إبعاد أساسية للاستقلالية أهمها:

- الاعتماد على النفس ، سواء في الفكر أو العمل.
- تحمل المسئولية.
- القدرة على اتخاذ القرار في بعض الأمور.
- الشعور بالمسئولية تجاه المجتمع والقدرة على الاتصال به.
- التحرر من رقابة الآباء وإشراقهم في بعض المواقف.
- الخروج من دائرة التمركز حول الذات.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولا : المنهج:

استخدمت الدراسة الحالية المنهج التجريبي وتقوم الدراسة التجريبية على افتراض أساسي مؤداه أنه إذا كان هناك فروق أو تغيرات يظهر على أفراد العينة بعد إدخال المتغير المستقل (البرنامج) يكون السبب في هذه التغيرات هو المتغير المستقل، ويسمى السلوك الناتج عن المتغير المستقل فيسمى بالمتغير التابع.

٢ ـ **التصميم التجريبى** Expermental Design:

الدراسة الحالية تعتمد على التصميم بقياس قبلي وبعدى لمجموعة واحدة، وفى هذا التصميم يتم إجراء القياس لجميع الأفراد (عينة الدراسة) ثم يتم إدخال المتغير المستقل (برنامج الدراسة) ثم قياس القياس البعدى لنفس الأفراد، ويتم حساب درجات القياسين القبلى والبعدى ويكون أي تغير في درجات القياس البعدى سببه هو المتغير المستقل (البرنامج).

ثانيًا : عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من اثنتي عشر طفلا من الجنسين من الأطفال التوحديين وهم إجمالي الأطفال الذين يتراوح أعمارهم بين ٤ –٦ سنوات وتم تحديد أعمارهم العقلية من خلال سجلات المدرسة واستمارات قبولهم وشهادات ميلادهم.

وتم إرسال خطابات لأولياء أمورهم لاستيفاء البيانات المطلوبة للكاملة عن الأطفال وكذلك الموافقة المكتوبة من أولياء الأمور على اشتراك الأطفال في الدراسة.

يتم التطبيق القبلي للمقياس (الاستقلالية) على العينة ن = (١٢ من الجنسين) ثم تطبيق البرنامج المعد، ثم إجراء التطبيق البعدى للمقياس .

. تجانس عينة الدراسة من حيث الاستقلالية كما يتضح في الجدول الآتي:

جدول (١) مدى تجانس العينة من حيث المهارات الاستقلالية

المهارات الاستقلالية	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعيارى
مهارات رئيسية " الأكل والشرب والنظافة الشخصية "	الذكور	٧	٢٤.٠٠٠٠	٤.٩٣٢٨٨
	الإناث	٥	٢٦.٦٠٠٠	٢.٨٨٠٩٧
مهارات الاعتماد على نفسه في شئون المنزل	الذكور	٧	١٧.٠٠٠٠	٣.٢٦٥٩٩
	الإناث	٥	٢٠.٠٠٠٠	٢.٠٠٠٠٠
مهارات العناية بترتيب الحجرات	الذكور	٧	١٧.٧١٤٣	٢.٦٩٠٣٧
	الإناث	٥	٢٠.٨٠٠٠	٥.٧١٨٣٩
المهارات الاستقلالية (ككل)	الذكور	٧	٥٨.٧١٤٣	٦.٥٧٥٥٧
	الإناث	٥	٦٧.٤٠٠٠	٨.٣٨٤٥١

ويمكن أن تعزى عدم التباين فى الأداء على مقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية وفقا لمتغير النوع الصدق المقياس أن متغير النوع لا يؤثر فى الدرجة التى يحصل عليها الطفل على المقياس وأن المقياس غير محدد لنوع معين يتضح أن هذه النتيجة تبدو منطقية وذلك نظرا لأن الأطفال لم يطبق عليهم أنشطة البرنامج (مهارات رئيسية " الاكل والشرب والنظافة الشخصية " و مهارات الاعتماد على نفسه فى شئون المنزل و مهارات العنايةبترتيب الحجرات) ولم يحاطوا بيئة تربوية ثرية محفزة تساعد الطفل على التعبير عن مشاعره للآخرين والتفاعل مع الأقران والقدرة على الاعتماد على الذات مما لم يتيح لهم الفرصة لتنمية المهارات الاستقلالية لديهم.

ثالثًا: أدوات الدراسة:

مقياس الاستقلالية

- **الهدف من المقياس:** يهدف المقياس إلى قياس درجة المهارات الاستقلالية لدى عينة من الأطفال التوحديين .
- **وصف المقياس:** يتكون المقياس من ٣٣ مفردة تقيس الاستقلالية من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية هي:

✓ **البعد الأول:** مهارات رئيسية " الأكل والشرب والنظافة الشخصية "(١١ مفردة)

✓ **البعد الثاني:** مهارات الاعتماد على نفسه في شئون المنزل (١١ مفردة)

✓ **البعد الثالث:** مهارات العناية بترتيب الحجرات (١١ مفردة)

طريقة تصحيح المقياس:

يتم تصحيح المقياس على عدة خطوات هي:

١. درجة على كل العبارة من (١ . ٢- ٣. ٤ . ٥) حيث أن (١) هي أقل درجة، (٥) هي أكبر درجة.
٢. درجة على كل بعد من الأبعاد الثلاثة حيث أن كل بعد يتكون من (١١) عبارة وأقل درجة يحصل عليها الطفل هي (١١) وأكبر درجة هي (٥٥).
٣. يتم جمع الدرجات على الأبعاد الثلاثة للمقياس وتصبح الدرجة الكلية للمقياس تتراوح من (٣٣): (١٦٥).
٤. وبالتالي يحصل كل طفل على أربع درجات على المقياس، درجة فرعية للبعد الأول، ودرجة فرعية للبعد الثاني، ودرجة فرعية للبعد الثالث، ودرجة كلية المقياس.

الخصائص السيكومترية للمقياس (الصدق والثبات):

أولاً : الصدق:

(أ) صدق المحكمين:

تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد من المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس التربوي وتربية الأطفال بهدف التأكيد من **صلاحيته وصدقه لقياس المهارات الاستقلالية والتأكد من مدى:**

- الاتساق بين المفردات كل بعد من أبعاد المقياس مع المهارة التي يقيمها البعد.
- مناسبة نظام التصحيح وتقدير الدرجات.
- وضوح تعليمات المقياس.

وقد قام الباحث بحساب نسب اتفاق المحكمين على كل سؤال من أسئلة للمقياس ومفرداته لقياس المهارات الاستقلالية كما حددها التعريف الإجرائي، وتم الأخذ بملاحظتهم ثم تغيير العبارات التي قرر المحكمين تغيرها والتي تراوحت نسبة الاتفاق عليها من ٧٥% . ٨٧.٥% والإبقاء على العبارات التي أخذ ١٠٠%، وقد اجتمعت أراء السادة المحكمين على مناسبة عبارات المقياس وصلاحيته لقياس المهارات الاستقلالية لدى الأطفال التوحديين.

ثانيًا : ثبات المقياس:

تم حساب معامل بطريقة إعادة التطبيق Test-Retest، وقد قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة قوامها ١٢ طفل، ثم أعيد تطبيق المقياس مرة أخرى بعد فاصل زمني قدرة أسبوعين على نفس المجموعة، وتم حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول ودرجات التطبيق الثاني وقد استخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية Spss لحساب معامل الارتباط وقد بلغ معامل الثبات (٠.٩١) وهو معامل ثبات مرتفع، ومن ثم يمكن الوثوق بالنتائج التي يزودنا بها المقياس، كما يمكن الاعتماد عليها كأدوات بحثية.

ـ وضع المقياس في صورته النهائية للتطبيق:

بعد حساب المعاملات الإحصائية، أصبح المقياس في صورته النهائية بحيث اشتمل المقياس على ٣٣ مفردة، كانت الدرجة العظمى للمقياس ١٦٥ كما تم وضع معيار للتصحيح Rubric وذلك من خلال مقياس التقدير من خلال ثبات المصححين ومتوسط تقديرهم لكل مكون من مكوناته وبذلك أصبح المقياس صالح وجاهز للتطبيق في شكله النهائي .

برنامج أنشطة تنمية المهارات الاستقلالية :

أن أفضل وسيلة لتعليم الطفل هو التحاقه في بعض الأنشطة مما يساعده على اكتساب الخبرة فتنمية مهارات الطفل تساعده على اكتساب العديد من الخبرات.

وأن أفضل البرامج التي يتعامل معها الطفل هو تلك التي تقدم في شكل أنشطة تعليمية متنوعة ومدعمة بالعديد من الوسائل المساعدة مثل الصور أو الأدوات المادية الحية وهذه النوعية تمكن الطفل التعليم بنفسه مع توجيه من المعلمة إلى جانب أنها تساعد الطفل على اكتسابه المهارات المختلفة وتنمى إدراكه الحسي وقدراته العقلية، حتى يمكن الطفل من أن يضع قدميه على أول طريق النجاح والتغلب على مختلف الصعوبات التي يواجهها فيما بعد .

تحديد الإطار المرجعي العام للبرنامج:

وذلك من خلال الإجابة على خمس تساؤلات قامت (سعدية بهادر، ٢٠٠٢، ص ٢٦٥) بتحديد أبعاد الإطار المرجعي للبرنامج من خلال الإجابة على التساؤلات الآتية:

١ ـ لمن؟ Who?

لأطفال المرحلة العمرية من (٤ . ٦) سنوات من الأطفال التوحديين، وقد تم اختيارهم من مدرسة أحباب الله لذوى الاحتياجات الخاصة وهم أطفال لديهم قصور في المهارات الاستقلالية التي تريد تنميتها من خلال البرنامج.

٢ ـ لماذا؟ Why?

ـ البعد الأول: البعد الفلسفي:

صمم البرنامج على أساس إكساب الأطفال بعض المهارات الاستقلالية بعد تقديم البرنامج التي تساعد على نمو الاعتماد على الذات ومهارات العناية بالبيئة المحيطة بهم.

ـ البعد الثاني: الأهداف السلوكية:

أن يستطيع الطفل اكتساب المهارات الآتية:

- مهارات رئيسية " الأكل والشرب والنظافة الشخصية "
- مهارات الاعتماد على نفسه فى شئون المنزل
- مهارات العناية بترتيب الحجرات

٣ ـ ماذا؟ What?

تقدم هذه الأبعاد الثلاثة من خلال أنشطة معدة خصيصا لهذا البرنامج ولهذه النوعية من الأطفال يتدرب الطفل من خلال النشاط بمساعدة المدرب حتى يتعلم المهارة بقدر كبير.

٤ ـ كيف؟ How?

أ ـ تحديد الأدوار:

- ✓ فترات يكون فيها الطفل مبادرا وتظهر في تنظيمه لحجرة النشاط لجعلها مناسبة للعمل بها، حيث يقوم بوضع كل الأشياء في مكانها الصحيح المخصص لها.
- ✓ فترات يكون دوره سلبي عند التوجيه الكامل من جانب المدرب وعند إعطاءها له التعليمات الخاصة بكل نشاط.
- ✓ فترات يكون فيها مستجيب وذلك عندما يقوم الطفل بالقيام بتطبيق النشاط بمفرده.

✓ فترات يكون فيها إيجابي، وذلك عندما يقوم الطفل بالقيام بتطبيق النشاط ليس على النموذج المعد فقط .

ب ـ العرض والتقديم:

يقوم البرنامج على تنمية المهارات الاستقلالية لدى الأطفال التوحديين لذلك استخدم الباحث العديد من الفنيات التي يقوم عليها البرنامج ومن هذه الفنيات:

١) التعزيز : Reinforcement:

هو من المبادئ الهامة في تنمية مهارات الاستقلالية حيث أنه عندما يقوم الطفل بمحاكاة سلوك معين ثم يحصل على إثابة لهذا السلوك فإنه يميل إلى تكراره ويقوى هذه الاستجابة ويساعد على استمراريتها واحتفاظها.. كي لا يحدث لها انطفاء فالأساليب السلوكية الخاصة بالتحفيز والتشجيع والإثابة غالبا ما تكون مؤثرة وفعالة ومن أهم أشكال التعزيز :

التعزيز الإيجابي: Positive Reinforcement:

هو "السلوك الذي يعقبه مكافأة ماديه أو معنوية من شأنه يتقوى ويتدعم هذا السلوك". (رشدي قام منصور، ٢٠٠٠، ص ٩٦)

٢) النمذجةModeling:

يقصد بها تعلم سلوك معين خلال ملاحظة شخص يؤدى هذا السلوك. كما تعد النمذجة "وسيلة تعلم تعتمد على تنمية السلوك عن طريق الملاحظة لأشخاص آخرين يقومون بهذا السلوك حيث يمكن اكتساب السلوك من مجرد لأشخاص آخرين حتى لو لم يشترك القائم بالملاحظة فى هذا السلوك. (محمد محروس الشناوى، ١٩٩٨، ص ٤٥٤)

هناك ثلاث صور للنمذجة:

أ. النمذجة المباشرة أو الصريحة لنموذج فعلى خارجى.

ب. النمذجة غير المباشرة أو الضمنية لنموذج متخيل .

ج. النمذجة بالمشاركة وتصحيح المسار .(رشدي قام منصور،٢٠٠٠،ص١٠٤)

وقد استخدم الباحث أسلوب النمذجة لما لها من دور هام اكتساب المهارة .

٣) التعلم بالمشاهدة:

"أبرز ما تقوم به نظرية التعلم الاجتماعي هو ما يعرف الآن باسم التعلم بالمشاهدة بوصفه إحدى الوسائل الأساسية التي يكتسب من خلالها نماذج أو طرز معينة من السلوك وإيجاد أنماط معدلة منها، والتي تستلزم عمليات مثل الإقتداء والعبرة (أي الاعتبار بالمشاهدة) والواقع أن البحوث التي أجريت في إطار نظرية التعلم الاجتماعي توضح فعلاً أن كل ظواهر التعلم التي تتيح عن الخبرات المباشرة يمكن أن تحدث على أساس من العبرة أي من خلال مشاهدة سلوك شخص، وما يترتب على هذا السلوك.. وعلى هذا يمكن لأي شخص مثلا أن يكتسب أنماط الاستجابة المعقدة أو صعبة الحل، بمجرد مشاهدة صور أدائها من نماذج أو أشخاص تمثل قدوة تحتذي.

وقد استخدم الباحث أسلوب التعلم بالمشاهدة في النشاط المقدم للطفل حيث كان يشاهد الطفل نماذج الأنشطة أمامه عدة مرات حتى يتعلم من خلال مشاهدته لها.

٤) المساعدة أو الحث: Prompting

هناك العديد من أنواع المساعدة التي تستخدم لمساعدة الطفل على أداء السلوك أو المهارة أو الاستجابة الصحيحة وهى كما يلي:

١. **المساعدة الجسمية** وتتضمن توجيه الطفل إلى الاستجابة أو السلوك الصحيح بمساعدة جسمية كبيرة مثل الإمساك بيد الطفل وتوجيهها إلى الاستجابة الصحيحة.

٢. **المساعدة اللفظية:** فمثلا عندما يطلب من طفل أن يحكى القصة ويقف عند جزء ما أساعده بكلمة.

٣. **المساعدة بالتقليد:** وتتمثل في إظهار أو إعطاء نموذج للاستجابة الصحيحة للطفل، ، إذا لم يستجيب الطفل فيمكن إعطائه نموذجا، حيث شخص يجيد التصويب بما يعزز من تقليده لهذا النموذج.

وقد استخدم الباحث أسلوب المساعدة أو الحث "اللفظي – الجسمي – المساعدة بالتقليد " في الأنشطة التي تتطلب القيام بأفعال الحركية كما في (مسح وتنظيف الأثاث) والحث "اللفظي" كما في النشاط الذي يتطلب التدخل والمساعدة اللفظية مثل مهارات العناية بترتيب الحجرات.

٥) التكرار:

يؤدى تكرار سلوك معين إلى تثبيته وتدعيمه، وخاصة إذا كانت الخبرات الناتجة من هذا السلوك تؤدى إلى إشباع الحاجات الطفل النفسية والاجتماعية وملائمتها لخصائص مرحلته، وهو أكثر الأساليب استخداما في التدريب التوكيدى.

٥ ـ متى؟ When?

خلال الفترة الصباحية الأولى للدراسة حيث تستغرق الجلسة (٤٥) دقيقة، بواقع ٣ جلسات أسبوعيا.

رابعًا: إجراءات الدراسة:

لكي نتحقق من صحة فروض الدراسة، ومن ثم تحقيق أهدافه، تم إجراء الدراسة على أربعة مراحل، تتضمن كل منها مجموعة من الخطوات **الإجرائية على النحو التالي:**

أ ـ مرحلة إعداد وتجهيز أدوات الدراسة كما يأتي:

١. إعداد مقياس الاستقلالية بهدف تحديد درجة الاستقلالية لدى عينة الدراسة.

٢. إعداد وتجهيز برنامج المهارات الاستقلالية .

ب ـ مرحلة اختيار عينة الدراسة بعد إجراء الآتى:

✓ العمل على تجانس أفراد المجموعة فى السن ونسبة الذكاء والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، وموافقة أولياء الأمور من واقع السجلات المدرسية .

ولكي يتحقق الباحث من صحة فروض الدراسة الحالية قامت بإجراء الآتي:

١. إجراء التطبيق القبلي Pre-lest على جميع الأطفال (عينة الدراسة) باستخدام مقياس الاستقلالية.

٢. المجانسة بين أفراد العينة من حيث العمر الزمني، والقياس القبلي للمهارات الاستقلالية.

٣. تطبيق البرنامج على أفراد عينة الدراسة، واستغرق التطبيق شهرين ونصف تقريبا على مدار ٣٣ جلسة، تم تطبيقها بواقع (٣) جلسات في الأسبوع، وتراوحت مدة الجلسة من (٤٠ . ٤٥) دقيقة.

٤. بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج على جميع الأطفال، يتم إجراء التطبيق البعدى Post-test على جميع الأطفال باستخدام مقياس الاستقلالية.

٥. تصحيح جميع اختبارات القياس القبلي والبعدى ومعالجتها إحصائيا بالأساليب الإحصائية المناسبة، وعرض النتائج طبقا لترتيب الفروض، ثم مناقشتها وتفسيرها في ضوء الدراسات والبحوث السابقة.

المعالجة الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية يمكن تحديدها على النحو التالي:

- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وذلك لحساب التجانس بين مجموعة الدراسة في العمر الزمني ومقياس الاستقلالية.
- كما أستخدم الباحث اختيار مان وينتى، واختبار ويلكيكسون للتحقق من صحة القروض.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولا: عرض نتائج الدراسة:

عرض نتائج الفرض الأول: للتحقق من صحة الفرض الأول من فروض الدراسة والذي ينص على: " يوجد فرق دال إحصائيا عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدى على مقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية لدى عينه من الأطفال التوحديين".

تم حساب المتوسطات والانحرافات المجارية لدرجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية، والجدول التالي يلخص هذه النتائج.

جدول (٢)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية

المهارات الاستقلالية	نوع الأداء	المتوسط	الانحراف المعياري
مهارات رئيسية "الأكل والشرب والنظافة الشخصية"	قبلي	٢٥.٠٨٣٣	٤.٢٥٢٤٥
	بعدى	٤٧.٠٠٠٠	٤.٧٢٩٠٢
مهارات الاعتماد على نفسه في شئون المنزل	قبلي	١٨.٢٥٠٠	٣.١٠٧٩١
	بعدى	٤٠.٤١٦٧	٧.٩٢٥٣١
مهارات العناية بترتيب الحجرات	قبلي	١٩.٠٠٠٠	٤.٢٨٥٢٨
	بعدى	٣٩.٠٠٠٠	٦.٨٦٢٢٨
المهارات الاستقلالية (ككل)	قبلي	٦٢.٣٣٣٣	٨.٣١٥٧٤
	بعدى	١٢٦.٤١٦٧	١٣.٤٦٦٨٥

يتضح من النتائج التي يلخصها الجدول السابق أن هناك تحسنا في أداء المجموعة التجريبية في الأداء البعدى؛ هذا التحسن الذي طرأ يستدل من نتائج مقارنة المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء المجموعة في التطبيقين القبلي والبعدى.

تم تطبيق اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Rank Test الذي يسمى اختبار الرتب الإشارى وهو من الاختبارات اللابارامترية التي تستخدم كبديل لاختبار (ت) للعينتين المرتبطتين من البيانات وذلك فى حالة عدم تحقيق شروط استخدام اختبار ت للقيم المرتبطة وذلك لصغر حجم العينة والجدول التالي يلخص هذه النتائج.

جدول (٣)

قيمة "Z" ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية

الأداء	رتب الأشارات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	إحصائي "Z"	مستوى الدلالة	معامل الارتباط الثناتي للرتب (حجم التأثير)
مهارات رئيسية " الاكل والشـــرب والنظافـــة الشخصية "	السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.٠٦	دالة	١.٠٠ تأثير قوى جداً
	الموجبة	٦.٥٠	٧٨.٠٠			
مهارات الاعتماد على نفسه فى شئون المنزل	السالبة	١.٠٠	١.٠٠	٢.٩٨	دالة	٠.٩٧ تأثير قوى جداً
	الموجبة	٧.٠٠	٧٧.٠٠			
مهارات العناية بترتيب الحجرات	السالبة	١.٥٠	٣.٠٠	٢.٨٢	دالة	٠.٩٢ تأثير قوى جداً
	الموجبة	٧.٥٠	٧٥.٠٠			
المهـــارات الاســـتقلالية (ككل)	السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.٠٥	دالة	١.٠٠ تأثير قوى جداً
	الموجبة	٦.٥٠	٧٨.٠٠			

نتبين من النتائج التي يلخصها الجدول السابق أن قيمة إحصائي "Z" دالة عند مستوى (٠.٠٥)؛ مما يدل على وجود فرق دلالة إحصائيا بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلى والبعدي لمقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية . لصالح الأداء البعدي، و نعزى التباين في الأداء على مقياس المهارات الاستقلالية ككل) ومهاراته الفرعية إلى تأثير المعالجة باستخدام البرنامج المقترح الذي وفر مواقف وتدريبات ساهمت في تحسين أداء الأطفال الاستقلالي ، كما اتفقت مع نتيجة دراسة (هبه قدري ، ٢٠٠٥) وهى برنامج لتنمية المهارات الاستقلالية لأطفال المصابين بشلل الأطفال ونصت نتائجها على تحسن الأداء عند الأطفال ودرجة الاستقلالية ارتفعت لصالح الأداء البعدى.

وكذلك اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة(محمد موسى ،٢٠٠٦) والتي أكدت فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في إكساب الأطفال التوحديين بعض مهارات السلوك الاستقلالي قياسا بهذا التدريب عند دمجه مع إرشاد الأمهات وقدمت الدراسة برنامج تدريبي يقوم على إعداد جداول النشاط المصورة وتدريب الأطفال التوحديين بغرض تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لديهم ، وساهمت في زيادة وعى الأمهات بطبيعة هذا الاضطراب وإبعاده ، و كيفية إعداد واستخدام جداول النشاط المصورة لمواصلة تدريب أطفالهم في المنزل لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لديهم.

ولأن البيئة التربوية المحفزة تؤثر في اكتساب الطفل الاستقلالية وتنوع المواقف التعليمية وإثرائها من خلال الأدوات المستخدمة في الأنشطة المختلفة واستخدام فنيات التعزيز الإيجابي (المادي و المعنوي) التي تتناسب مع خصائص الأطفال التوحديين وهو ما أكدته دراسة هونكونك وكايزر (Hancock & Kaiser،٢٠٠٢) إلى استخدام التعزيز التعليمي أثناء التدخل مع أطفال التوحد، بغرض التعرف على أثر وفاعليته على مهارات التواصل الاجتماعي لديهم في عمر ما قبل المدرسة وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود تغيرات إيجابية في اكتساب أطفال اختلاف سلوكياتهم المحيطين بهم، وزيادة قدرتهم على التقرب من الغرباء والتعامل معهم، وقد تم عمل ملاحظة لمدة ٦ أشهر للتأكد من مصداقية استخدام التعزيز التعليمي، وقد أسفرت الملاحظة والمتابعة عن مصداقية استخدام التعزيز التعليمي في تدعيم السلوك المرغوب لدى أطفال التوحد.

وتم الاستعانة بأدواته الشخصية في البعد الثاني قبل بداية الجلسات حتى يشعر الطفل بأن أدواته الخاصة ويسهل عليه إحضارها من الأماكن المخصصة لها عند الطلب منه ومن ثم يحافظ عليها مثل (فرشة الشعر، بعض الملابس الخاصة به) وهو مؤكدته دراسة (أمل محمد ، ٢٠١١) والتي ألقت الضوء فيها على أهمية المهارات الحياتية والدور الذي تلعبه في حياة الطفل ذوي اضطراب التوحد لتساعده على التكيف مع البيئة

وتبين أنه توجد فروق ذات بين متوسطات درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد بالمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لتطبيق البرنامج التدريبي لتنمية المهارات الحياتية الأساسية لصالح المجموعة التجريبية بعدي ، وفى نفس السياق اتفقت دراسة (غادة قطب ، ٢٠١٢) مع الدراسة الحالية في أهمية تنمية المهارات الاجتماعية وتعديل السلوك غير التكيفى و اهتمت الباحثة بتصميم برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالاضطراب التوحدى وخفض أنماط السلوكيات غير التكيفية،حتى يستطيع الطفل التوحدى أن يتوافق مع نفسه ومع الآخرين ونساعده على تحقيق الأهداف والحاجات والمتطلبات الخاصة بالمرحلة العمرية التي ينتمي إليها، وذلك عن طريق مجموعة من الأنشطة والفنيات المتنوعة المتضمنة في البرنامج والتي تؤدى إلي تعديل سلوك هؤلاء الأطفال التوحديين، ليتمكنوا من اكتساب المهـ ارات الاجتماعية وإتقانها في فترة الطفولة المبكرة لأنها تساعد على تحقيق الاستقلال الذاتي وتمكن من الاعتماد على النفس والثقة بالذات ومن ثم تحسين مستوي السلوكيات غير التكيفية.

عرض نتائج الفرض الثاني: للتحقق من صحة الفرض الثاني من فروض الدراسة والذي ينص على: " لا يوجد فرق دال إحصائيا عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطي رتب درجات الأطفال وفقا لمتغير النوع (الإناث والذكور) في التطبيق البعدى على مقياس المهارات الاستقلالية.

قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال المجموعة التجريبية (الإناث والذكور) في التطبيق البعدى لمقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية، والجدول التالي يلخص هذه النتائج.

جدول (٤)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال المجموعة التجريبية لمتغير النوع (الذكور، الإناث) في التطبيق البعدي لمقياس المهارات الاستقلالية (ككل ومهاراته الفرعية)

المهارات الاستقلالية	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
مهارات رئيسية " الأكل والشرب والنظافة الشخصية"	الذكور	٧	٤٤.٢٤٢٩	٥.٢٧٣٤٧
	الإناث	٥	٤٨.٨٠٠٠	٢.٣٠٢١٧
مهارات الاعتماد على نفسه في شئون المنزل	الذكور	٧	٤٢.٥٤٨٦	٦.٣٤٧١٠
	الإناث	٥	٣٨.٩٧٠٠	١٠.٣٩٢٣٠
مهارات العناية بترتيب الحجرات	الذكور	٧	٤١.١٤٢٩	٣.٥٣٢١٧
	الإناث	٥	٣٥.٦٠٠٠	٨.٣٢٤٦٦
المهارات الاستقلالية (ككل)	الذكور	٧	١٢٢.٧١٤٣	١٣.٠٠٩١٥
	الإناث	٥	٤٧.٦٠٠٠	٢.٣٠٢١٧

يتضح من النتائج التي يلخصها الجدول السابق أن هناك فروق بين أداء المجموعة التجريبية وفقا لمتغير النوع (ذكور وإناث) في الأداء القبلي؛ هذه الفروق لا ترقى لمستوى الدلالة يستدل على ذلك من نتائج مقارنة المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء الأطفال في التطبيق البعدى.

تم تطبيق اختبار مان . ويتنىMann-Whitney وهو من الاختبارات اللابارامترية التي تستخدم كبديل لاختبار (ت) للعينتين غيي المرتبطتين من البيانات وذلك في حالة عدم تحقيق شروط اختبار ت للقيم غير المرتبطة وذلك لصغر حجم العينة والجدول التالي يلخص هذه النتائج.

جدول (٥)

قيمة "Z" ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية وفقا لمتغير النوع (الذكور والإناث) في التطبيق البعدى لمقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية

الأداء	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	إحصائي "Z"	مستوى الدلالة
مهارات رئيسية " الأكل والشرب والنظافة الشخصية "	ذكور	٧	٥.٠٠	٣٥.٠٠	٧.٠٠٠	١.٧٢٠	غير دالة
	إناث	٥	٨.٦٠	٤٣.٠٠			
مهارات الاعتماد على نفسه فى شئون المنزل	ذكور	٧	٦.٦٤	٤٦.٥٠	١٦.٥٠٠	١٦٤	غير دالة
	إناث	٥	٦.٣٠	٣١.٥٠			
مهارات العنايةبترتيب الحجرات	ذكور	٧	٨.٠٧	٥٦.٥٠	٦.٥٠٠	١.٨٠٥	غير دالة
	إناث	٥	٤.٣٠	٢١.٥٠			
المهارات الاستقلالية (ككل)	ذكور	٧	٦.٧٩	٤٧.٥٠	١٥.٥٠٠	٣٢٥	غير دالة
	إناث	٥	٦.١٠	٣٠.٥٠			

*تقاس الدلالة عند مستوى ٠.٠٥

نتبين من النتائج التي يلخصها الجدول السابق أن قيمة إحصائي "Z" دالة عند مستوى (٠.٠٥)؛ مما يدل على عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائيا بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وفقا لمتغير النوع (الذكور ، الإناث) في التطبيق

البعدى لمقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية، وبالتالي يمكن للباحثة قبول الفرض الصفرى والذي ينص على: لا يوجد فرق دال إحصائيا عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وفقا لمتغير النوع (ذكور، وإناث) في التطبيق البعدى على مقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية لذوى الأطفال التوحديين .

ويمكن أن نعزى عدم التباين في الأداء على مقياس المهارات الاستقلالية (ككل) ومهاراته الفرعية وفقا لمتغير النوع لأن الأطفال في هذه المرحلة العمرية لا يكون هناك أي دور لمتغير الجنس ولذلك يرجع التأثير للبرنامج فقط.

المراجــع

أولاً: المراجع العربية :-

- محمد احمد خطاب .(٢٠٠٤) . فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة الاضطراب السلوكية . رسالة دكتوراه . معهد الدراسات العليا للطفولة . جامعة عين شمس .
- محمد احمد خطاب .(٢٠٠٥). سيكولوجية التوحد . عمان : دار الثقافة للنشر والتوزيع .
- محمد أحمد محمد على.(٢٠٠٨).فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتحسين بعض مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال ذوى التوحد. رسالة منشورة.جامعة عين شمس كلية التربية، قسم الصحة النفسية.
- محمد الحسينى عبد الفتاح محمد .(٢٠٠٨). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد رسالة ماجستير غير منشورة.جامعة بنها، كلية الآداب .
- محمد سيد محمد موسى .(٢٠٠٦) . فعالية برنامج إرشادي تدريبي لأمهات الأطفال التوحديين لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لهؤلاء الأطفال باستخدام جداول النشاط المصورة
- محمد على كامل .(١٩٩٨). من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج ، الطبعة الأولى : القاهرة . مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
- محمد علي كامل .(٢٠٠٣).الدليل العملي لبناء قدرات الأطفال المعاقين ذهنيا . القاهرة : دار الطلائع .
- محمد عنانى .(٢٠٠٥). تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة (كتاب لكل المعلمين) . القاهرة : مركز الأهرام للترجمة والنشر .

- محمد قاسم عبد الله .(٢٠٠١). الطفل التوحدى (الذاتوى) الانطواء حول الذات ومعالجته : اتجاهات حديثة . الأردن : دار الفكر العربي .
- محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن .(١٩٩٨).العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته .القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر .
- محمد محمود خطاب . (٢٠٠٦) . سيكولوجية الاضطرابات النفسية لدى الطفل التوحدى : القاهرة . العالمية للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى .
- محمد محمود خطاب .(٢٠٠٦). فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- محمد موسى فتيحة .(٢٠٠١). اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد ، معا نتواصل لحياة أفضل . الحلقة النقاشية حول التوحد . الشارقة : وزارة العمل والشئون الاجتماعية .
- منى الحديدى ، جمال الخطيب .(٢٠٠٤). برنامج تدريبي للأطفال المعاقين . الأردن : دار الكر للنشر والتوزيع .
- مني مصطفي الزاكي.(٢٠١٢) .أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الطفل المعاق وعلاقتها بسلوكه الاستقلاليمجلةبحوث التربية النوعية . جامعة المنصورة .
- نادية إبراهيم أبو السعود .(١٩٩٧). الاضطراب التوحدى وعلاقته بضغوط الوالدين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
- نادية إبراهيم أبو السعود .(٢٠٠٠) . الطفل التوحدى في الأسرة : الإسكندرية. المكتب العلمي للنشر والتوزيع .
- نادية إبراهيم أبو السعود . (٢٠٠٢). فعالية استخدام برنامج علاج معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

- نجـاح عبـد الشـهيد .(١٩٩٤).مـدى فاعليـة برنـامج تـدريبي فـي تنميـة بعـض مكونـات السلوك الاستقلالي لدى الأطفال . رسالة دكتوراه غير منشورة . كلية التربية . جامعة الزقازيق .
- هبة قدري حسان .(٢٠٠٥).فاعلية برنامج لتنمية بعض المهارات الاستقلالية للأطفال المصابين بمرض شلل الأطفال . رسالة ماجستير . معهد الدراسات والبحوث التربوية . جامعة القاهرة .
- هدى برادة وآخرون .(١٩٨٣). في سيكولوجية النمو .القاهرة : دار النهضة العربية .
- وفاء الشامى . (٢٠٠٤). سمات التوحد (تطورها وكيفية التعامل معها). الرياض : الجمعية الفيصلية .

ثانياً: المراجع الأجنبية :-

- Autism Asociety of America .(٢٠٠٣). information came from the net,http://www.autism Society.org.
- Autism Asociety of America .(٢٠٠٤). information came from the net,http://www.autism info.com
- Dawson, S (٢٠٠٨). Autism Plectrum Disorders .Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development.
- Fred,V.(٢٠٠٧). Autism and Pervasive Developmental Disorders. Second edition : Cambridge child and Adolescent Psychiatry.
- Hancock Terry & Kaiser Ann .(٢٠٠٢).The Effects of trainer Implemented enhanced milieu leaching on the social communication of children with autism: Topics in early childhood special education (٢٢), , pp٣٩-٥٤

- Jones,V.(٢٠٠٧).Ifelt like I did some thing god the impaction mainstream pupils of a pear tutoring Programme for children with Autism. J. of Special Education V.٣٤
- Maddox,Laura.(٢٠١٠). Effects Systematic Social Skills Training of the Social communication Behaviors of Young Children with Autism During Play Activities. A thesis presented in partial fulfillment of requirements for the degree of doctor of philosophy .University of Nebraska.
- Targ Bill,M.(٢٠٠١).Key stopareting the child in with autism N.Y.: Barron's Education Series.Inc.
- Vidya ,B.(٢٠٠٤).Autism Spectrum Disorders in children .N.Y.:Pub. by in forma health care.